

CHIRURG POLSKI

ORGAN TOWARZYSTWA CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO

Komitet Redakcyjny: dr Jerzy Choróbski, doc. dr Wiktor Dega, dr Leopold Dengel, prof. dr Władysław Dobrzański, dr Aleksander Domaszewicz, dr Józef Garbień, prof. dr Jan Glatzel, prof. dr Henryk Hilarowicz, dr Alfred Janik, dr Jerzy Jasiński, mjr dr Adam Kielbiński, dr Jan Kolodziejski, prof. dr Stanisław Laskownicki, doc. dr Stanisław Nowicki, dr Gustaw Nowotny, prof. dr Tadeusz Ostrowski, prof. dr Zygmunt Radliński, prof. dr Franciszek Raszeja, doc. dr Jerzy Rutkowski, mjr dr Adam Soltysik, dr Marian Stefanowski, dr Marian Trawiński, dr Edward Witkowski, prof. dr Adolf Wojciechowski, doc. dr Jan Zaorski, doc. dr Juliusz Zaremba, prof. dr Ludwik Zembrzusi.

Redaktor Naczelny: płk dr Tadeusz Sokołowski.

Redaktorzy: dr Henryk Ciszkievicz, dr Jan Kossakowski, doc. dr Władysław Ostrowski.

Administrator: doc. dr Jan Zaorski.

Założyciele Pisma: dr H. Ciszkievicz, dr J. Kolodziejski, doc. dr J. Rutkowski, płk. dr T. Sokołowski, doc. dr J. Zaorski.

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

PRACE ORYGINALNE

- M. Buchacz: Zwknięcia otwarte stawu skokowego 63
S. Czubalski: O nowotworach złośliwych narządów moczowo - płciowych . . . 70

KAZUISTYKA

- K. Byrkowski i W. Ostrowski: Wielokomorowy ropniak opłucnej wyleczony za pomocą rozległej torakoplastyki . . . 77
L. Chmielecki: Przypadek nerki podkowiastej 87

TECHNIKA OPERACYJNA

- T. Sokołowski: Technika zabiegów operacyjnych na stawie biodrowym 89
Posiedzenia 100
Sprawozdania 108
Kronika 110
Polskie Piśmiennictwo Chirurgiczne . 112

SOMMAIRE:

ARTICLES ORIGINAUX

- Luxations compliquées sous - astragaliennes.
Sur les néoplasmes malignes de l'appareil génito-urinaire.

RÉCEUIL DES FAITS

- Pyothorax multiloculaire, guéri par la thoracoplastie étendue.
Un cas de rein en fer à cheval.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

- Technique des opérations de la hanche.
Séances.
Rapports.
Chronique.
Bibliographie chirurgicale polonaise.

PASSIFLORIN

Standaryzowane wyciągi z roślin, hodowanych
w specjalnych warunkach gleby i klimatu.

Wybitny środek uspokajający i nasenny zwalcza wszelkie stany neuropatyczne, neurastenię, nerwicę, bezsenność. Zaburzenia w okresie kwitania, miesiączki i przekwitania.

DAWKOWANIE: 1 do 2 łyżek od herbaty 3 razy dziennie.
przy bezsenności — 2 — 3 łyżki od herbaty przed snem.

HEPAMUSCOL

WYCIĄG ZE ŚWIEŻEJ WĄTROBY CIELEŃCEJ POŁĄCZONY
Z WYCIĄGIEM Z MIĘŚNI WOŁU

*pobudza czynności układu krwiotwórczego,
wzmaga hemopoezę i siły obronne ustroju,
powoduje szybką poprawę stanu ogólnego.*

WSKAZANIA: WSZELKIE POSTACIE NIEDOKRWISTOŚCI
Wyczerpanie. Okres zdrowienia po chorobach zakaźnych. Gruźlica.

DAWKOWANIE: *Dorośli: 3 razy dziennie po 1 — 3 łyżek stołowych. Dzieci odpowiednio mniej.*

L. NASIEROWSKI, Chem. Farm. Zakłady Przem. Handl.
Warszawa 2, ul. Kaliska 9.



Z Oddziału Chirurgicznego Szpit. Centr. Ubezp. Społ. w Sosnowcu.

Ordynator: *Dr M. Trawiński.*

ZWICHNIĘCIA OTWARTE STAWU SKOKOWEGO

podał

M. Buchacz.

Zwichnięcie stawu skokowego są to uszkodzenia w ogóle rzadkie, cytowane w piśmiennictwie zazwyczaj jako przypadki pojedyncze.

Kość skokowa może ulec zwichnięciu we wszystkich połączeniach stawowych z sąsiednimi kośćmi i to w rozmaitych kierunkach, niejednokrotnie łącznie z uszkodzeniami innymi — złamaniami, rozdarciem części miękkich itp.

Zwichnięcie napiętka w stawie skokowym górnym do przodu, tyłu i boków łączy się w większości przypadków ze złamaniami kostek. *Wendel, Richter i Fink* (wg *Borchardta*) zebrali z piśmiennictwa 129 przypadków uszkodzenia tej kategorii, z czego zaledwie 12 przypada na zwichnięcie ku przodowi.

Zwichnięcie kości skokowej, której połączenia z kością piszczelową i strzałkową utrzymują się, a następuje rozdarcie więzadeł pomiędzy kością skokową a kością łódkowatą i piętową (*luxatio pedis sub talo*) jest bardzo rzadkie. *Trendel i Zumsteg* (wg *Borchardta*) zebrali razem 94 przypadki. Najczęściej występuje zwichnięcie

ku stronie przyśrodkowej (połowa przypadków); najrzadszą natomiast postacią jest zwichnięcie do przodu.

Trzecia kategoria zwichnięć napiętka, t. zw. zwichnięcie odosobnione lub podwójne zwichnięcie kości skokowej (wg *Boyera i Malgaigne'a*) powstaje wówczas, gdy napiętek zostaje wyrwany ze wszystkich przyległych połączeń stawowych. Ta postać zdarza się bardzo rzadko. *Schmit* do 1914 r. zebrął 95 przypadków, z czego 33 przypada na zwichnięcia boczne, 19 do środka, 10 do przodu, najmniej zaś, bo zaledwie 5 — do tyłu. Reszta to postacie kombinowane (*Borchardt*).

Mechanizm powstawania zwichnięć jest bardzo złożony. Rozpoznanie na ogół łatwe, w poszczególnych przypadkach może nasuwać jednak duże trudności.

Leczenie polega na natychmiastowym ręcznym odprowadzeniu zwichnięcia lub zastosowaniu wyciągu za piętę przy pomocy klamry, gwoźdźca czy drutu; potem unieruchomienie w opatrunku gipsowym bez podściółki przez 4 — 6 tygodni w ustawieniu pośrednim stopy (*Böhler*). Nasta-

wienie udaje się jednak nie we wszystkich przypadkach ($\frac{1}{4}$ wg *Borchardta*) i niejednokrotnie trzeba zastosować leczenie operacyjne.

Bezpośrednie działanie urazu od zewnątrz albo wywichnięta główka kości skokowej od wewnątrz spowodować może rozdarcie napiętej skóry lub jej obumarcie, stwarzając w ten sposób groźne powikłanie. Zwichnięcia otwarte stawu skokowego zdarzają się jeszcze rzadziej od zamkniętych; należy postawić je w rzędzie uszkodzeń ciężkich, znacznie cięższych od złamań zamkniętych, a to dlatego, że dają one duży odsetek groźnych powikłań w postaci zakażenia przyranego i uogólnionego. Należy oceniać je w pierwszej linii jako ciężkie uszkodzenia stawu, w drugiej natomiast dopiero jako zwichnięcia (*Seifert*).

Zwichnięcia otwarte powinny być podane niezwłocznie leczeniu operacyjnemu według ustalonych zasad. Ranę należy wyciąć bardzo dokładnie, nawet pedantycznie, z zachowaniem najściślejszej aseptyki, w uśpieniu ogólnym lub znieczuleniu; po wycięciu — wykonać szew pierwotny.

W związku z tym rozważane jest pytanie, czy należy dokładnie odbudowywać torebkę i aparat więzadłowy? Jest to pożądané, ale jeżeli się nie udaje, wówczas poprzestać trzeba jedynie na zeszcyciu skóry. *Seifert* nie radzi stosować plastyki pierwotnej dla zamknięcia ran; wyniki dobre po tego rodzaju zabiegach uważa za szczęśliwe i przypadkowe. Według *Wilmoth* i *Patela* (*Paitre*) sprawność czynnościowa uszkodzonego stawu zależy w większej mierze od całości mięśni, niż więzadeł. *Salzer* zastosował plastykę więzadła strzałkowo-skokowego przedniego przy pomocy jedwabiu, uzyskując po 5 miesiącach pełny wynik czynnościowy. *Böhler* ostrzega przed takim postępowaniem — radzi on

wyciąć ranę, unikając podwiązywania naczyń i zakładania szwów w głąbi; według niego należy podwiązać tylko naczynia większe i zeszyć rozdarte nerwy, z kości usunąć powierzchowną, zabrudzoną warstwę przy pomocy dłuta lub kleszczy *Lueira*. Odlamki usuwać jedynie wtedy, jeżeli całkowicie straciły łączność z podłożem. Oczyszczanie kości szczotką lub przemywanie rany ciepłą wodą oraz środkami odkażającymi uważa za nieodpowiednie i nie prowadzące do celu. Poleca zeszyć tylko skórę i nie pozostawiać sączków gumowych ani gazowych. W ten sposób można uniknąć (wg *Böhlera*) zakażenia i uzyskać dobry wynik czynnościowy; ruchomość bowiem wielkiego stawu pozostaje dobrą, jeżeli się go pokryje skórą, nawet w braku mięśni, torebki stawowej oraz części kości — przy dostatecznie długim unieruchomieniu.

Jeżeli zwichnięcie powstało przed kilku godzinami (do 6 — 8), ranę można zeszyć szczelnie (*Lecène*, *Paitre*, *Peri* i inni). *Borchardt* radzi jedynie oczyścić ranę i prowadzić leczenie bezopatrunkowe (otwarte).

Zwichnięcie należy nastawić, o ile nie ma specjalnych przeciwwskazań; udaje się to jednak tylko w 25% wg *Borchardta*, a w 9% wg *Bave'a*, jak przytacza *Żółdziowski*.

Po oczyszczeniu rany, zeszcyciu i nastawieniu, kończynę trzeba unieruchomić na tak długo, aż nastąpi mocny zrost rozdartych więzadeł. *Böhler* poleca unieruchomienie w opatrunku gipsowym w ciągu 4 — 6, a nawet do 10 tygodni. Po tym czasie, według niego, uzyskuje się staw zdolny do obciążenia i prawidłowej czynności. Jeżeli za wcześnie usunie się opatrunek ustalający, może ponownie wystąpić nadwichnięcie, dając trwałe zaburzenia. Przedwczesne mięsienie i ruchy bierne

Böhler uważa za szczególnie szkodliwe. Dobre ustawienie osiągnąć można również za pomocą wyciągu, działającego bezpośrednio na kość piętową.

W przebiegu pooperacyjnym należy bardzo dokładnie obserwować stan ogólny i miejscowy chorego: przy pierwszych objawach zakażenia lub rozpoczynającej się zgorzeli kości, należy bezzwłocznie wyłuszczyć napiętek (*Lecène, Seifert* i inni).

W przypadkach zwichnięć z równoczesnym złamaniem kości skokowej, w przypadkach spóźnionych, albo w zwichnięciach które nie dają się odprowadzić, postępować należy odmiennie. W tych razach całkowite usunięcie napiętka (astragalectomia, talectomia), daje na ogół pomyślne wyniki czynnościowe (*Grobelski, Lecène, Paitre, Peri, Sorrel* wg *Grégoire* i inni). Dlatego to wielu chirurgów, zwłaszcza francuskich (szkoła lyońska), w obawie przed zakażeniem i obumarciem kości, radzi od razu usuwać zwichniętą kość skokową.

Zabieg ten do niedawna był leczeniem z wyboru i miał wielu zwolenników. Dziś w przypadkach zwichnięcia z równoczesnym złamaniem napiętka, bierze górę leczenie bardziej zachowawcze. *Janik* poleca usunięcie mniejszych odłamów z pozostawieniem większych, które by przyjęły na siebie rolę zastępczą kości skokowej.

Czynność bowiem stopy po usunięciu całej kości skokowej, jak wykazały liczne spostrzeżenia kliniczne, jest przeważnie ograniczona. *Grégoire* opisał przypadek otwartego zwichnięcia pod kością skokową ze złamaniem, w którym usunął napiętek w dwu odłamach, nastawił zwichnięcie, odbudował jako tako aparat więzadłowy i unieruchomił kończynę w opatrunku gipsowym przez 1 miesiąc. Po tym wystąpiły silne bóle tak podczas chodzenia jak i w spoczynku, które zmusiły go do wyko-

nania resekcji widełek kostek. Po tym zabiegu uzyskał bardzo dobry wynik czynnościowy. Usunięcie jedynie tylko kości skokowej uważa za zabieg niekorzystny; według niego należy robić jednocześnie resekcję stawu. Tego samego zdania są i inni chirurdzy, np. *Dujarier* i *Mathieu* (wg *Grégoire*), *Guhlecke, Proust*.

Bóle po usunięciu kości skokowej *Lance* (wg *Grégoire*) odnosi do nieprawidłowego ułożenia kości podudzia w stosunku do kości piętowej, łódkowatej i sześciennej.

W zwichnięciach, gdzie kość skokowa jest prawie zupełnie wyrwana z sąsiednich stawów, można w poszczególnych przypadkach spróbować nastawienia.

Nie trzeba zbyt obawiać się obumarcia napiętka ze względu na jego obfite unaczynienie. Badania anatomiczne *Schlattera* i spostrzeżenia kliniczne dowiodły, że zupełnie wyrwany napiętek, o ile jest nastawiony, a części miękkie nad nim zeszyte, może się wgoić i nie ulec obumarciu (*Borchardt*). *Grobelski* podkreśla, że kość skokowa ma wyjątkowo korzystne warunki odżywiania, a odporność na obumarcie wprost niezwykłą. Dla ilustracji przytacza przypadek *Sueeda*, gdzie autor musiał przejściowo wyjąć kość w całości dla usunięcia przeszkody. Wyjęty i ponownie w dawne miejsce włożony napiętek nie uległ obumarciu, lecz wgoił się.

Nie wszystkie jednak przypadki zwichnięcia kończą się dobrze.

Czasem zachodzi konieczność nawet odjęcia stopy. Ten zabieg stosujemy wyjątkowo i to wtedy, jeżeli dostępnymi sposobami leczenia nie możemy powstrzymać posuwającego się zakażenia, np. jeśli chory przybył zbyt późno z objawami rozpoczynającej się zgorzeli gazowej itp. (*Lecène*).

Wyniki leczenia, jak widać z piśmienictwa, są bardzo różnorodne. *Hamilton* na 10 wyleczonych przypadków zwichnięć, w trzech musiał usunąć kość skokową (wg *Borchardta*). *Dambrin*, *Grasmann*, *Grégoire*, *Guhlecke*, *Żołędziowski* i inni uzyskali wyleczenie po usunięciu napiętka. *Grobelski*, *Schlatter* (wg *Żołędziowskiego*) i inni mieli wyniki dobre po leczeniu tylko zachowawczym.

Prócz powikłań, jakie bardzo często zdarzają się w okresie gojenia się, należy zawsze liczyć się z następstwami późnymi. Podobnie jak w uszkodzeniach innych stawów, przyjsć może, w związku z urazem kości lub naczyń ją odżywiających, do ogniskowego zaniku kości z odwapnieniem jamistym, które utrzymywać się może przez czas bardzo długi (*Läwen*, *Kirchner*). W związku z uszkodzeniem torebki stawowej rozwinąć się może zesztywniające zapalenie stawu. Tego rodzaju uszkodzenie kości i części miękkich *Kirchner* znalazł w 16% jako okoliczności, towarzyszące procesowi gojenia się zwichnięcia, w 30% natomiast, jako powikłanie późniejsze.

P r z y p a d k i w ł a s n e, leczone w naszym oddziale, różniące się od siebie typem zwichnięcia, podaję poniżej, zachowując kolejność od mniej do bardziej ciężkich.

Przypadek 1. Robotnik P. S. lat 37, uległ wypadkowi przy pracy dnia 22.X 1930. Potknął się o twardy przedmiot i upadł na wznak, przy czym stopa lewa skręciła mu się do wewnątrz; przywieziony zaraz do szpitala.

Stan ogólny chorego — dobry. W okolicy kostki bocznej lewej kończyny dolnej rozległa rana szarpana, głęboka, z rozerwaniem na znacznej przestrzeni torebki stawowej. W głębi, po otwarciu rany, widać powierzchnie stawowe. Stopa skręcona ku środkowi, ustawiona pod kątem prostym względem podudzia, wskutek przesunięcia się górnej powierzchni stawowej napiętka na

przyśrodkową powierzchnię kości piszczelowej (rys. 1).

Operacja natychmiastowa w uśpieniu eterowym. Dokonano szerokiego wycięcia rany i oczyszczenia ze strzępów tkankowych, odprowadzono zwichnięcie przez pociąganie za stopę i bezpośredni ucisk na trzon napiętka; nałożono po trzy szwy sytuacyjne na torebkę stawową i skórę. Opatrunek gipsowy z oknem nad raną.



Rys. 1.

Przebieg pooperacyjny z ciepłotą podgorączkową, poza tym gładki. Rana zagoiła się doraźnie. Po trzech tygodniach rozpoczęto uruchamianie stawu czynne i bierne. Opuścił szpital po 35 dniach — chodzi lekko tylko utykając, ruchy w stawie skokowym nieco ograniczone. Następną kontrola po 4 tygodniach wykazała dalszą poprawę — ruchy w stawie lepsze we wszystkich jego osiach; chodzi dobrze, bólów nie ma. Wiadomość późniejsza (po kilku latach) — chodzi dobrze, pracuje.

Przypadek 2. Chłopiec 13-letni W. M. uległ wypadkowi na ulicy dnia 20.II 1938: spadł z fury do rynsztoka, przy czym koło wozu przejechało mu przez stopę lewą. Pierwszej pomocy udzielono mu na miejscu. Do szpitala przybył z objawami wstrząsu o miernym nasileniu, który po paru godzinach ustąpił. Na stopie lewej po stronie grzbietowej rozległa rana szarpana długości około 10 cm, łącząca ze sobą obie powierzchnie kości piętowej, bardzo brudna, z otwarciem stawu. Chrząstki powierzchni stawowych obnażone, powalane błotem. Stopa przesunięta w stosunku do podudzia ku przodowi, zgięta podeszwowo. W świetle rany widać rolkę kości skokowej, a za nią

przednią powierzchnię kości piszczelowej (rys. 2). Operacja natychmiastowa w uśpieniu etero-



Rys. 2.

wym. Po dokładnym wycięciu rany, obmyto wystające części stawowe solą fizjologiczną, nastawiono zwichnięcie i zeszyto torebkę oraz więzadła boczne obu kostek kilkoma szwami strunowymi. Poza tym zeszyto skórę z pozostawieniem paszków gazy w obu biegunach rany. Unieruchomienie w szynie. Przebieg pooperacyjny i w tym przypadku gładki, bezgorączkowy. Rana zagoiła się przez rychłozrost z wyjątkiem małych ubytków w skórze, gdzie były sączki. Wydzielina w tych miejscach skąpa, surowicza, utrzymywała się przez dwa tygodnie. Badanie radiograficzne z dn. 6.IV 38 wykazało prawidłowe ustawienie w stawie skokowym lewym. W tylnym odcinku kostki



Rys. 3.

przyśrodkowej widoczne jest delikatne rozrzedzenie tkanki kostnej, otaczającej cień kostny, podobny do martwaka. Szpara stawu skokowego

dolnego w tylnym odcinku jest zmniejszona i lekko zatarta. Kości w okolicy stawu są jednostajnie miernie odwapnione (rys. 3). Po 10 tygodniach pozwolono choremu obciążać kończynę. 20.V.1938 — ruchy dobre we wszystkich kierunkach. Sprawność kończyny dolnej lewej prawie zupełna. Listopad 1938 — chodzi dobrze, bólów nie ma; stopa o wyglądzie prawidłowym; ruchomość we wszystkich osiach stawu — dobra¹⁾.

Przypadek 3¹⁾. Inżynier lat 28, uległ wypadkowi w pracy dnia 16.VII 37 — koło młyńskie przyniotło mu stopę prawą. Ze względu na duży wstrząs urazowy, szczegółów wypadku nie pamięta. Przybył do szpitala po 4 godzinach. Stan w chwili przyjęcia: chory blady, apatyczny, ciepłota 38,2°, tętno 120 słabo wypełnione. Cała stopa prawa przesunięta na zewnątrz w ten sposób, że zewnętrzny jej brzeg jest podniesiony, a wewnętrzny opuszczony; podeszwa zwrócona na zewnątrz. Tuż pod kostką przyśrodkową, równolegle do podeszwy, biegnie poprzecznie rana, długości około 15 cm, brudna, o brzegach postrzępionych. Między silnie napiętymi brzegami rany widać wypchniętą kość skokową. Napiętek zrobił w tym wypadku dwa obroty: jeden koło osi przednio-tylnej, i drugi koło osi pionowej, przez co główka kości skokowej znalazła się w ranie. Rolka i główka zakresliły zatem kąt 90°. Chrzastki stawowe suche, pokryte złogami skrzepłej krwi (rys. 4).

Operacja natychmiastowa w uśpieniu eterowym. Dokonano szerokiego wycięcia rany i obmycia zabrudzonych, wystających części kostnych;



Rys. 4.

następnie odprowadzono na miejsce wyrwaną ze stawu skokowego górną i dolną kość skokową,

¹⁾ Pokazywani w Tow. Lek. Zagłębia Dąbrowskiego dnia 20.V.1938.

która wisiała jedynie na szerokim strzępie tkanowym (więzadło międzykostne). Stwierdzono prócz tego podczas zabiegu, że przerwane były ścięgna mm. zginacza palców długiego i piszczelowego tylnego, które zeszyto. Poza tym rzadkie szwy na torebkę stawową i skórę. Unieruchomienie w opatrunku gipsowym.



Rys. 5.

Badanie radiologiczne stawu skokowego dnia 20.VII 37 wykazało ustawienie kości prawidłowe. Poza tym złamanie kości piętowej w dwu miejscach i odlamanie wyrostka tylnego kości skokowej (rys. 5).

Przebieg pooperacyjny z ciepłotą podgorączkową. Rychłozrost rany z wyjątkiem płytkiego ubytku naskórka w najniższym biegunie bez wydzieliny. Po miesiącu niewielka wypocina surowiczomętna. Ciepłota prawidłowa. W dalszym przebiegu ropienie, zacieki i nacięcia drobne z sączkowaniem ran, przy dobrym stanie ogólnym. Potem pogorzenie. 20.IX — ropowica około stawu; nacięcie w trzech miejscach. Okazało się, że sprawa wychodzi z kości. Powierzchnia kości skokowej szorstka, nierówna. Kość łatwo porusza się w otoczeniu, stanowi już ciało obce — martwak.

Ponowne badanie radiograficzne dnia 21.IX 37: zniszczenie nasady dolnej kości piszczelowej wraz z przyległą partią kości skokowej. Sama kość skokowa wykazuje zniekształcenie i skręcenie dokoła osi długiej. Szpara stawu skokowego zniesiona. Kości stępu i dolna nasada kości strzałkowej płamisto odwapnione (rys. 6).

28.IX 37 operacja w uśpieniu chlorkiem etylu. Poszerzenie ran i łatwe usunięcie kości skokowej. Stwierdzono przy tym, że powierzchnie kości piszczelowej, piętowej i in. nie zdradzają, by ja-

kiś proces chorobowy toczył się w ich głębi. Sączki i opatrunek unieruchamiający. Przypuszczano że teraz, po usunięciu napięcia, powstały warunki szerokiego odpływu i sprawa da się opanować. W przebiegu pooperacyjnym jednak ciepłota z wahaniami $37,3^{\circ}$ — 40° ; tętno 100 — 110' słabo wypełnione, miarowe. Dreszczów nie ma. Chory apatyczny, mało je, skarży się na nudności. Rany atoniczne z obfitą wydzieliną ropną. Pod-



Rys. 6.

udzie, poza nieznacznym obrzękiem w dolnej partii, bez wyraźniejszych zmian. Kość piszczelowa na ucisk niebolesna. Gruczoły pachwinowe nie powiększone i niebolesne. Śledziona niemacalna.

Wobec pogarszającego się z dnia na dzień stanu ogólnego chorego, 4.X odjęto kończynę dolną prawą na poziomie połowy podudzia w uśpieniu sennarkolem (12 cm^3); sączek gumowy i gazowy. Mięśnie na przekroju wyglądają zdrowo, krwią obficie; nie ma wyciekania posoki ani innej wydzieliny. Po rozcięciu odjętej stopy stwierdzono głębokie nadżerki w dolnej nasadzie kości piszczelowej oraz przyległych kościach stępu.

W przebiegu pooperacyjnym duży spadek sił. 11.X 37 przetoczono choremu 250 cm^3 krwi od dawcy tej samej grupy. W kilka dni potem wyraźna poprawa. Ciepłota spadła do normy, czuje się dobrze, wraca do sił. 10.XI 37 opuścił szpital z raną zagojoną.

Nawiązując do powyższych przypadków trzeba podkreślić, że zespół objawów klinicznych, zwłaszcza przesunięcie stopy względem podudzia, były tak wyraźne, że rozpoznanie zwinięcia i jego rodzaju nie nasuwało zbyt trudności. Dlatego też nie wykonano zdjęć radiograficznych

przed zabiegiem. Dla zobrazowania jednak stanu miejscowego w chwili przybycia chorych do szpitala, podałem półschematyczne rysunki 1, 2 i 4. W pierwszym przypadku mieliśmy do czynienia z najczęstszą postacią zwichnięcia napiętka ku wewnątrz (*luxatio pedis sub talo*); w drugim zwichnięcie w stawie skokowym górnym do przodu, a w trzecim typ bardzo rzadki, t. zw. podwójne zwichnięcie lub inaczej enukleację (*Boppe*) kości skokowej.

Mechanizm powstania był we wszystkich przypadkach dość zawiły i, jak można przekonać się z piśmiennictwa, dotąd jest mało wyjaśniony. Pod wpływem znacznej siły, działającej z tej czy innej strony przy stopie unieruchomionej, kość skokowa w jakiś sposób wyskakuje z klamry stawu, zajmując położenia do przodu, na zewnątrz, ku wewnątrz, ześlizgując się ze swego łoża i wkleszczając się pomiędzy okoliczne kości i części miękkie. Nie dziwnym się wydaje, że wskutek dużej siły, która jest potrzebna do wywołania tego rodzaju uszkodzenia, przychodzi niejednokrotnie do uszkodzeń ubocznych, takich jak złamania (*Baumgartner* i *Huguir* obliczają je na 28% przypadków) i to najczęściej kości skokowej, albo uszkodzenia części miękkich: naczyń, nerwów, ścięgien i skóry. Tak było i w naszych przypadkach. Rany znajdowały się zawsze w okolicy zwichniętej głowy napiętka, podobnie jak to podkreśla *Baumgartner*. Czy sam

uraz bezpośrednio, czy też napiętek rozdarł cienką w tych miejscach skórę, trudno powiedzieć; prawdopodobniejsze wydaje się to drugie.

We wszystkich przypadkach postępowano jednakowo, operacyjnie, ale możliwie zachowawczo, t. zn. wycinano ranę, nstawiano zwichnięcie, po czym zamykano torebkę i skórę szwami sytuacyjnymi. W przypadkach gdzie rana była bardzo brudna, pozostawiono paski gazy. W przypadku trzecim — enukleacji napiętka, usunięcie kości skokowej odłożono na plan dalszy, w razie wybuchu zakażenia przyranego. Unieruchomienie w opatrunkach gipsowych wynosiło trzy i dziesięć tygodni — później ruchy czynne i bierne.

W dwu pierwszych przypadkach wynik ostateczny uzyskano pełny, w sensie zachowania i sprawności kończyny; w trzecim natomiast obumarcie kości skokowej i późne zakażenie w miejscu dawnej rany zmusiły do usunięcia napiętka. Niestety, pogarszający się stan ogólny chorego po zabiegu i postępujące objawy zakażenia zmusiły nas do odjęcia kończyny. Na tym przypadku najlepiej można się przekonać, że nawet w tych razach, gdzie rana pooperacyjna zagoiła się doraźnie, sprawa się nie skończyła i zawsze należy się liczyć z powikłaniem późnym, którego przyczynę należy odnieść do pierwotnego zakażenia stawu.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Baumgartner* i *Huguir*. Les luxations sous-astragaliennes. Rév. de Chir. T. XXVII. Nr 3—8. 1907. 2. *Boppe*. Luxations du pied, w „Traité de chirurgie orthopédique” *Ombredanne* et *Mathieu*. Paris 1937. 3. *Borchardt*. Chirurgie des Fussgelenkes und des Fusses, w „Handbuch der praktischen Chirurgie” *Küttner*, *Lexer*, *Garré*. 1923. 4. *Böhler*. Technika leczenia złamań. War-

szawa 1933. 5. *Böhler*. Vereinigung der Chirurgen Wiens. Ztbl. f. Chir. Nr 13. 1935. 6. *Dambrin*. Luxation ouverte double de l'astragale avec énucléation presque complète. La Presse. Méd. Nr 63. 1934. 7. *Grasmann*. Komplizierte Totalluxation des Talus. Münch. Wochenschr. Nr 17. 1927. 8. *Grégoire*. Résection tibio-tarsienne totale. Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. Nr 7. 1929.

9. *Grobelski*. Zwichnięcie kości skokowej. *Chir. Narz. Ruch. i Ortop. Pol. Z.* 1. 1928. 10. *Guhlecke*. 2 Frauen mit isolierter Talusluxation. *Münch. Med. Wochenschr.* Nr 27. 1906. 11. *Janik*. Złamanie kości skokowej. *Pol. Przegl. Chir. T. VI. Z.* 3. 1927. 12. *Kirchner*. Veränderungen nach traumatischen Luxationen und schweren Kontusionen. *Arch. Ortop. Chir.* Nr 29. 1930. 13. *Läwen*. Luxation des Talus geheilt durch blutige Reposition. *Münch. Med. Wochenschr.* Nr 10. 1914. 14. *Lecène*. Chirurgie des os et des articulations des membres. Paris 1929. 15. *Paitre*. Luxations traumatiques en général, w „*Traité de*

chirurgie orthopédique” *Ombredanne et Mothieu*. Paris 1937. 16. *Peri*. Des luxations sous-astragaliennes. (Thèse de Doctorat, Alger 1925) streszcz. w *Journal de Chir. T. XXVI. Nr 5.* 1925. 17. *Proust, Houdard, Monod*. Luxation de l’astragale. Astragalectomie. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.* Nr 26. 1932. 18. *Salzer*. Behandlung von schweren offenen Subluxationen des Sprunggbeines. *Ztbl. f. Chir.* Nr 13. 1935. 19. *Seifert*. Die Chirurgie der Gelenke und Schleimbeutel, w „*Die Chirurgie*” *Kirchner i Nordmann*. 1930. 20. *Żołędziowski*. Zwichnięcie prawej kości skokowej. *Gaz. Lek.* Nr 28. 1902.

O NOWOTWORACH ZŁOŚLIWYCH NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH¹⁾

podał

Dr Stefan Czubalski.

W dzisiejszej dobie wiedzy lekarskiej jest rzeczą niezmiernie doniosłą jak najwcześniejsze rozpoznawanie nowotworów złośliwych, ponieważ w przeważającej ilości przypadków wyleczenie ich bywa możliwe jedynie pod warunkiem wczesnego i doszczętnego ich usunięcia na drodze operacyjnej. Późne rozpoznawanie nowotworów złośliwych albo wyłącza zabieg operacyjny, albo też nakazuje rokować po operacji niepomyślnie. Stwierdzić należy, że dzisiaj wczesne rozpoznawanie nowotworów złośliwych układu moczowego, zarówno jak narządów płciowych, w znacznej ilości przypadków nie nastręcza specjalnych trudności. Zawdzięczamy to głównie postępowi techniki badań urologicznych.

Zanim przystąpię do właściwego omówienia nowotworów złośliwych układu moczowego i nowotworów narządów płcio-

wych, chcę nieco szerzej omówić o b j a w k r w i o m o c z u. Objaw ten, jak wiemy, jest niekiedy jedyną cechą nowotworu dróg moczowych, z drugiej zaś strony występować może również w szeregu innych schorzeń chirurgiczno-urologicznych lub nawet w przypadkach schorzeń natury ogólnej. Do szeregu tych ostatnich należy zaliczyć stany zapalne nerek, powodujące niekiedy mniej lub więcej obfity krwimocz. Sprawą na ogół dobrze znaną jest krwimocz występujący w przebiegu chorób zakaźnych, a powstający na skutek czy to zawału nerki, czy też ogniskowych zmian zapalnych w nerce. Zawał pooperacyjny nerki również może niekiedy spowodować znaczny krwimocz. Należy też pamiętać, że w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, przewlekłego lub ostrego, występować może krwimocz, co prowadzi często do mylnego rozpoznania. Również w przebiegu chorób ze skazą krwotoczną oraz w przebiegu czerwienicy należy się liczyć z możliwością krwimoczu. Poza tym

¹⁾ Wykład kliniczny wygłoszony na kursie doszkalaćcym dla lekarzy z dziedziny nowotworów złośliwych, który odbył się w Instytucie Radowym im. M. Curie-Skłodowskiej w 1938 r.

spotykamy się niekiedy z krwimoczem w przebiegu ciąży, po użyciu urotropiny, w daleko posuniętym stwardnieniu tętnic, jak również w razie obecności w nerkach pasożytów.

Z punktu widzenia kliniki chirurgiczno-urologicznej źródłem krwimoczcu, oprócz nowotworów złośliwych układu moczowego, mogą być sprawy następujące: 1) gruczlica dróg moczowych, 2) kamica dróg moczowych, 3) nerka ruchoma z przemijającym wodonerczem, 4) wodonercze, 5) torbielowate zwyrodnienie nerek, 6) wszelkiego rodzaju urazy nerki, moczowodu, pęcherza moczowego i cewki, 7) zabiegi urologiczne na drogach moczowych, jak zgłębnikowanie, wziernikowanie itp., 8) owrzodzenia i stany zapalne pęcherza moczowego, 9) kilak nerki lub pęcherza moczowego, 10) żylaki pęcherza moczowego, 11) przerost gruczołu krokowego, 12) krwawienie z pęcherza moczowego na tle czynnościowym w ostrym lub przewlekłym zatrzymaniu moczu, lub też po zbyt gwałtownym opróżnieniu silnie wypełnionego pęcherza, 13) t. zw. samoistne krwawienie z jednej nerki (nephritis haematurica) i wreszcie 14) nowotwory łagodne układu moczowego. Powstawanie, charakter i przebieg krwimoczcu jest do pewnego stopnia swoisty dla niektórych wyżej wymienionych schorzeń. Dla bardziej przejrzystego uwypuklenia tego zjawiska wspomnę, że źródłem anatomicznym krwimoczcu może być nerka, miedniczka nerkowa wraz z kielichami, moczowód, pęcherz moczowy, gruczoł krokowy i cewka moczowa.

W przebiegu gruczlicy dróg moczowych krwimocz występuje niekiedy zupełnie nagle, jako bardzo wczesny objaw początkowej gruczlicy nerki. Trwa on zazwyczaj od jednego do paru dni. Z chwilą wystąpienia na plan pierwszy objawów gruczlicy pęcherza moczowego może się pojawić

krwimocz pęcherzowego pochodzenia na skutek zmian gruczliczych ściany pęcherza. Przebieg kliniczny tego schorzenia, obecność prątków i ropy w moczu dostatecznie wyjaśniają sprawę chorobową. Krwimocz przy kamicy nerkowej i moczowodowej bywa skąpy; towarzyszy mu zwykle kolka nerkowa. Powstaje on przeważnie pod wpływem wysiłków fizycznych, ustępuje zaś w spokoju. W wyjątkowych razach bywa obfity, długotrwały, bez poprzedzającej go kolki. Również w przebiegu kamicy pęcherzowej może występować krwimocz po ruchach chorego. W przypadkach nerki ruchomej (z przemijającym wodonerczem) i wodonercza spotykamy się przeważnie z niedużym krwimoczem; poprzedza go zwykle gwałtowny ból, następnie powstaje guz odpowiadający powiększonej nerce i wówczas dopiero wystąpić może krwimocz. Torbielowatemu zwyrodnieniu nerek towarzyszy zazwyczaj nieznaczny krwimocz i obustronne guzy w jamie brzusznej odpowiadające powiększonym nerkom. Krwimocz w samoistnym krwawieniu występuje zazwyczaj nieoczekiwanie, bez większych bólów, ma charakter przemijający, niekiedy prowadzić może do ciężkiej niedokrwistości, nie powoduje na ogół powstawania skrzepów. Zaznaczyć należy, że krwimocz z górnych dróg moczowych tj. z nerki, miedniczki i moczowodu, bywa zazwyczaj całkowity i jednolity, krwimocz zaś z pęcherza moczowego, gruczołu krokowego i z cewki, tj. krwimocz z dolnych dróg moczowych, bywa nie całkowity, nie jednolity; krwimocz końcowy cechują zwykle obfite skrzepy krwi.

Przechodzę obecnie do istoty niniejszego referatu, do omówienia zagadnienia **n o w o t w o r ó w z ł o ś l i w y c h** układu moczowego i narządów płciowych.

Zasadniczo dzielimy nowotwory nerek na łagodne i złośliwe. Nowotwory łagod-

ne większego znaczenia praktycznego nie posiadają, ponieważ zdarzają się rzadko; stwierdzamy je przeważnie przypadkowo w czasie badań pośmiertnych. Według statystyki szpitala Mayo na 283 przypadki nowotworów nerek zaledwie 3 okazały się nowotworami łagodnymi. Wiele danych, dotyczących anatomii patologicznej nowotworów złośliwych nerek nie zostało dotychczas wyjaśnione, wobec tego i podział nowotworów nie jest jeszcze ostatecznie ustalony. Najbardziej celową wydaje się klasyfikacja nowotworów z punktu widzenia ich budowy histologicznej. Rozróżniamy nowotwory nerek pochodzenia: 1) nabłonkowego — raki, 2) mezenchimalnego — mięsaki i 3) guzy mieszane.

Raki, których zasadniczym składnikiem jest komórka nabłonkowa, występują u ludzi w wieku od 40 do 60 lat, częściej u mężczyzn niż u kobiet. Mniej więcej jednakowo często atakują one prawą jak lewą nerkę. Stanowią one wraz z nadnerczakami 2% ogólnej liczby raków u ludzi. Makroskopowo przyjmują one postać okrągławego guza, dobrze odcinającego się od tkanki nerkowej, rzadziej występują w postaci miękkich guzków, naciekających mięsz nerki. Ta ostatnia postać jest bardziej złośliwa. Rozmiary nowotworów wahają się od wielkości orzecha laskowego do główki noworodka. W ostatnim przypadku nowotwór może przerastać torebkę nerkową, jak również i miedniczkę. Rak nerki rzadko usadawia się w górnym jej biegunie. Na przekroju guz taki jest różnobarwny; na tle żółtawym widzimy ogniska czerwone (wylewy krwawe). Z szeregu nowotworów pochodzenia nabłonkowego Gravitza w 1883 r. wyodrębnił nowotwór o utkaniu przypominającym istotę korową nadnerczy. Według jego teorii powstają one z zabłąkanych komórek nadnercza. Guz ten nazywamy n a d n e r c z a k i e m. Nie wdając się w

szczegóły zaznaczę, że patogenеза nadnerczaków pozostaje do chwili obecnej sprawą sporną, ponieważ szereg autorów zwalcza teorię Gravitza. Makroskopowo trudno z całą pewnością odróżnić raka od nadnerczaka. Zauważono, że nadnerczaki częściej umiejscawiają się w górnym biegunie nerki w postaci większego lub mniejszego twardego guza, słabiej odgraniczającego się od mięszu nerki, niż nowotwory łagodne tego samego pochodzenia. Nadnerczaki mają skłonność do przerastania mięszu nerki i wrastania do żył. Na przekroju posiadają one wygląd pstry; łatwo powstają w nich ogniska rozmięczenia. Spotykają się przeważnie u osobników w wieku dojrzałym, częściej u mężczyzn.

Z nowotworów złośliwych pochodzenia mezenchimalnego należy wymienić m i ę s a k i (sarcoma). Stanowią one 10% nowotworów złośliwych nerek. Występują przeważnie jednostronnie atakując w równej mierze tak lewą jak prawą nerkę. U mężczyzn spotykamy się z nimi 3 razy częściej niż u kobiet. Widujemy je najczęściej u osobników w wieku dojrzałym, jednakże od czasu do czasu spotykamy się z nimi również u dzieci. Są to duże, szybko rosnące guzy, zajmujące niekiedy całą jamę brzuszną.

Do grupy mieszanych nowotworów nerek zaliczamy guzy torbielowate i potworkiaki. Te dwa rodzaje guzów zdarzają się jednak bardzo rzadko. Prawdziwe guzy mieszane, przeważnie pochodzenia mezenchimalnego, spotykamy w tej grupie najczęściej, przeważnie u dzieci do 5-ciu lat. Rosną one szybko, dochodząc niekiedy do olbrzymich rozmiarów. Według zgodnych opinii różnych autorów guzy te powstają w związku z zaburzeniami rozwojowymi. Według statystyki Lubarscha częstość występowania poszczególnych nowotworów

złośliwych nerek u kobiet i mężczyzn kształtuje się w sposób następujący:

Na 892 przypadki nowotworów złośliwych nerek przypada:

	w tym u kobiet, u mężczyzn		
raków	235	87	148
nadnerczaków	521	168	353
mięsaków	122	57	65
guzów miesz.	14	9	5

Jeżeli chodzi o przerzuty, to raki i nadnerczaki dają dość często przerzuty do płuc, kości i narządów miękkich; nowotwory mieszane na ogół dają przerzuty rzadko, mięsaki zaś przeważnie do gruczołów chłonnych.

Dodać należy, że punktem wyjścia nowotworu nerki może być miąższ nerki, torebka lub miedniczka wraz z kielichami. Jeżeli chodzi o przyczynę powstawania nowotworów nerek, to jest ona dotychczas w zupełności nie wyjaśniona, chociaż szeregi autorów zwraca uwagę, że kamica nerkowa, urazy, jak również sprawy zapalne, a nawet nerka ruchoma usposabiają do rozwoju nowotworu.

Najczęściej chorego sprowadza do lekarza występujący zupełnie nagle krwimocz. Trwa on zazwyczaj parę dni i posiada charakter przemijający. Krwawienie na skutek nowotworu nerki daje zazwyczaj małą ilość skrzepów, które występują zwykle w postaci odlewów moczowodowych. W 80% przypadków nowotworów nerek krwimocz jest makroskopowy. Ogólny wygląd chorych i samopoczucie bywa na ogół dobre, z wyjątkiem tych przypadków, w których długotrwały i obfity krwimocz wywołuje ciężką niedokrwistość. Następnym ważnym objawem nowotworu nerki jest obecność guza, który daje się stwierdzić w 60 — 80% przypadków, szczególnie u chorych szczupłych. Z innych objawów należy wymienić ból w okolicy lędźwiowej, występujący w 40 —

50% przypadków. Ma on charakter tępy, lub występuje pod postacią kolki. Mechanizm powstawania tych bólów tłumaczy się krwawieniem do miąższu nerki lub do światła miedniczki; w ostatnim przypadku powstaje objaw kolki. W pewnych razach kolka nerkowa może być wywołana wtórnym zakażeniem miedniczki lub przez wsysanie się produktów rozpadającego się guza. Obok krwimoczu, guza, bólu, a niekiedy i gorączki, ważnym objawem nowotworu bywa spostrzegane nieraz rozszerzenie żył powrózka nasiennego po stronie guza. Według *Izraela* objaw ten występuje w 25% przypadków nowotworu nerki u mężczyzn, przytem przeważnie po stronie lewej. W daleko posuniętych sprawach nowotworowych stwierdzić się daje poza tym wyniszczenie, obrzęki oraz płyn w jamie brzusznej. Do rzadkich powikłań nowotworu nerki należą trudności w oddawaniu moczu, a nawet zatrzymanie moczu z powodu znacznych ilości skrzepów w pęcherzu. W typowych przypadkach badanie moczu wykazuje, prócz domieszki krwi, obecność białka i komórek nabłonkowych tłuszczowo zwyrodniałych, a w daleko posuniętych nowotworach spotykamy bezpośrednio w osadzie komórki nowotworowe.

Jednak nie zawsze nowotworowi nerki towarzyszy wymieniony zespół objawów klinicznych, jak guz, krwimocz oraz ból — często spotykamy tylko jeden z nich. Wtedy sprawę wyjaśnia badanie radiologiczne, jak również wziernikowanie pęcherza moczowego oraz czynnościowe badanie nerek. Wziernikowaniem pęcherza stwierdzamy źródło krwawienia. Czynnościowe badanie nerek często bywa niemiarodajne, ponieważ w przeważającej ilości przypadków wydzielanie barwnika przez nerkę zmienioną nowotworowo utrzymuje się w granicach prawidłowych. Zdjęcie rentgenowskie dróg moczowych może wykazać

zmiany w zarysie obu nerek. Obraz nerki nowotworowej jest zwykle na zdjęciu powiększony i może być zniekształcony. Zasadniczą metodą rozpoznawania nowotworu nerki jest urografia i pyelografia wstępująca. W przypadku guza nerki w obrazie rentgenologicznym stwierdzić możemy zniekształcenie i ubytki cieniowe miedniczki oraz kielichów. Miedniczka przyjmuje często kształt sierpowaty. Z rzadziej stosowanych metod należy wymienić odmę brzuszną, odmę okołonerkową i pyeloskopię. Często wypadnie wykonać zdjęcie klatki piersiowej (przerzuty) oraz przewodu pokarmowego. W rozpoznaniu różnicowym należy wyłączyć guzy otoczek nerkowych i miedniczek, wodonercze, kamicę nerkową i gruzlicę oraz roponercze. Leczenie w przypadkach niezaawansowanych polega na możliwie doszczętnym usunięciu nerki zmienionej nowotworowo; w przypadkach zaniedbanych pozostaje stosowanie promieni X, bowiem wyniki leczenia operacyjnego są w tych razach złe, wobec często występujących przerzutów.

Jak już wspomniałem, punktem wyjścia nowotworu nerki może być nie tylko miąższ właściwy, lecz również torebka i miedniczka nerkowa. Nowotwory torebki powstają w tkance łącznej lub tłuszczowej; występują one bardzo rzadko i są trudne do rozpoznania. Z nowotworami miedniczki nerkowej spotykamy się również rzadko. Stanowią one zaledwie 5% nowotworów nerek. Są one pochodzenia nabłonkowego i występują bądź w postaci łagodnych brodawczaków, bądź raków o szerokiej podstawie. Niekiedy wypełniają one całkowicie miedniczkę nerkową, dając obraz guza nerki. Niekiedy znów miedniczka bywa rozszerzona i wypełniona krwawym moczem (krwiowodnercze). Objawy kliniczne nowotworu miedniczki stanowią: 1) krwimocz „całkowity” i 2) bóle w okolicy lędźwiowej. Bóle pod postacią

kolek nerkowych nie są objawem stałym. Rozpoznanie ustalamy na podstawie objawów klinicznych oraz pyelografii, która winna wykazać zniekształcenie miedniczki, cewnikowanie zaś podejrzaną miedniczkę pozwala poza tym stwierdzić krwimocz. Leczenie operacyjne polega na wycięciu nerki wraz z moczowodem, a czasami nawet z częścią pęcherza, ponieważ w moczowodzie, jak również i w pęcherzu moczowym spotykamy w tych razach dość często przerzuty nowotworowe.

Nowotwór moczowodu może być sprawą pierwotną lub wtórną, jako powikłanie nowotworu miedniczki nerkowej. Nowotwór moczowodu prowadzi zazwyczaj do rozszerzenia miedniczki i zmian zanikowych w nerce. Objawy kliniczne są następujące: 1) krwimocz, 2) ból w okolicy lędźwiowej zależny od zatkania skrzepem światła moczowodu, 3) obecność guza w obrębie nerki przy zatrzymaniu się krwimoczu. Rozpoznanie nowotworu moczowodu bywa trudne. Cewnikowanie moczowodu (objaw *Chavassu-Mocka*) ułatwia rozpoznanie. Leczenie wyłącznie operacyjne polega na usunięciu nerki wraz z moczowodem.

Z kolei przechodzę do omówienia nowotworów złośliwych pęcherza moczowego. Występują one przeważnie u osobników w wieku starszym, od 50—60 lat, częściej u mężczyzn niż u kobiet. Są to zazwyczaj raki o szerokiej podstawie, rzadziej mięsaki. Dodać należy, że łagodne brodawczaki często ulegają zwyrodnieniu rakowatemu. Najwcześniejszym objawem nowotworu pęcherza jest przemijający krwimocz. Po pewnym czasie dołącza się zwykle zakażenie wtórne i powstaje typowe zapalenie pęcherza moczowego. Rozpoznanie ustalamy za pomocą wzniernikowania pęcherza moczowego oraz cystografii. Leczenie uzależnione jest od umiejscowienia nowotworu; nowotwory szczytu pęcherza na-

leży operować doszczętnie, w pozostałych przypadkach stosujemy promienie X lub rad i elektrokoagulację. Nierzadko spotykamy się z naciekiem nowotworowym na dnie pęcherza moczowego, na skutek przejścia procesu nowotworowego z macicy na pęcherz. Z podobnym zjawiskiem możemy również mieć do czynienia w razie przejścia złośliwego nowotworu gruczołu krokowego na ścianę pęcherza.

Raki gruczołu krokowego dzielimy na pierwotne i wtórne. Te ostatnie bywają wtedy, kiedy gruczolak sterczu ulega zwyrodnieniu rakowatemu. Rak pierwotny jest schorzeniem wieku starszego. Do wczesnych objawów należy zaliczyć nerwobóle (rwa kulszowa, bóle w krzyżu, bóle w kroczu) wskutek ucisku guza na sploty nerwowe małej miednicy. Z biegiem czasu występują zaburzenia ze strony oddawania moczu i stolca. Często też dochodzi do zatrzymania moczu. Od czasu do czasu występować może gwałtowny przemijający krwimocz. Gruczoł krokowy bywa powiększony, twardy, nieprzesuwalny, o powierzchni nierównej, o granicach zatartych, bolesny przy badaniu. Gruczoły pachwinowe bywają z reguły powiększone. Raki te dają często przerzuty do kości. Po wyłączeniu grzłicy, kamicy, kilaka, ustalić ich rozpoznanie bywa stosunkowo łatwo. We wczesnych okresach stosuje się leczenie operacyjne, w późniejszych — rad i promienie X. Rokowanie jest złe.

U młodych ludzi niekiedy spotykamy się z mięsakami sterczu, bardzo szybko rosnącymi, które wywołują zazwyczaj zaburzenia w oddawaniu moczu, a doprowadzić mogą do całkowitego jego zatrzymania. Leczenie tych przypadków bywa operacyjne. Rokowanie bardzo niepomyślne.

Przechodzę wreszcie do omówienia nowotworów złośliwych jądra i prącia. Różniamy 3 rodzaje nowotworów złośli-

wych jądra: 1) mięsaki, 2) guzy wielkomórkowe, inaczej zwane „seminoma” oraz 3) guzy mieszane. Najczęstsze z nich są to guzy wielkomórkowe (seminoma). W początkowych okresach rozwijają się one wolno w postaci owalnych tworów, z czasem tworzą guzowatości częściowo rozmiękle. Jądro z biegiem czasu stapia się z guzem w jedną całość. Nasieniowód zwykle nie jest zajęty. Guzy te dają często przerzuty do gruczołów pozaotrzewnowych, wątroby itd., omijając gruczoły pachwinowe. Po wyłączeniu grzłicy i kilki rozpoznanie łatwo ustalić. Leczenie operacyjne, chociaż w ostatnich czasach coraz częściej mówi się o lepszych wynikach po stosowaniu promieni X. Rokowanie złe.

Z nowotworów złośliwych prącia należy przede wszystkim wymienić raki, ponieważ mięsaki należą do wyjątków. Najczęściej spotykamy się z nimi po 50. roku życia. Według szeregu autorów momentem wyzwalającym nowotwór złośliwy prącia jest stulejka. Początkowo nowotwór przebiega dość skrycie pod postacią zapalenia żołędzi i napletka. Z biegiem czasu rozwój sprawy chorobowej postępuje szybko, powstają wyrośla kalafiorowate, twarde, silnie krwawiące, lub głębokie owrzodzenia o nieregularnych brzegach. Gruczoły chłonne szybko ulegają powiększeniu. W postaciach bujających rozpoznanie bywa dość trudne z powodu podobieństwa do szyszkowin stożkowatych. O istocie sprawy rozstrzyga badanie drobnowidzowe. Leczenie operacyjne polega na odcięciu prącia, wraz z wyluszczeniem gruczołów pachwinowych. Rokowanie dość dobre, ponieważ przerzuty w tych razach występują późno. W niektórych przypadkach raka prącia z powodzeniem stosuje się leczenie radem.

Brak miejsca nie pozwala mi na bardziej drobiazgowo omówienie tak ważnej dziedziny chorób układu moczowo-płciowe-

go. Jednakże na podstawie tylko tego co było powiedziane, możemy dojść do pewnych konkretnych wniosków, ułatwiających lekarzowi zorientowanie się i postawienie wczesnego rozpoznania nowotworu złośliwego narządów moczowo-płciowych. Objawem dominującym jest tu krwimocz występujący w 80% przypadków. Dlatego też lekarz-praktyk po stwierdzeniu krwimoczności obowiązuje w każdym przypadku ustalić źródło i tło krwawienia, o ile zaś z tych czy też innych przyczyn nie

jest w możności przeprowadzić odpowiednich badań, winien chorego skierować do zakładu leczniczego, a nie leczyć go objawowo.

Również schorzenia toczące się na prąciu w postaci przewlekłego zapalenia żołądki i napletka u ludzi starszych powinny budzić naszą czujność w kierunku sprawy nowotworowej. Z drugiej strony w każdym przypadku guza jądra, stwierdzonego u mężczyzny w wieku stosunkowo młodym należy podejrzewać guz złośliwy.



Rys. 1. Gruzlica nerki — pyelografia odpęcherzowa.



Rys. 2. Gruzlica nerki — pyelografia odpęcherzowa.



Rys. 3. Wodonercze — pyelografia odpęcherzowa.



Rys. 4. Torbielowate zwyrodnienie nerki — pyelografia odpęcherzowa.



Rys. 5. Nowotwór nerki — pyelografia odpęcherzowa.



Rys. 6. Nowotwór nerki — pyelografia odpęcherzowa



Rys. 7. Nowotwór lewej nerki — urografia dożylna.



Rys. 8. Nowotwór miedniczki nerkowej — pyelografia odpęcherzowa.

K A Z U I S T Y K A

Z II Kliniki Chirurgicznej U. J. P.
Kierownik: *Prof. Dr A. Wojciechowski.*

WIELOKOMOROWY ROPNIAK OPŁUCNEJ WYLECZONY ZA POMOCĄ ROZLEGŁEJ TORAKOPLASTYKI

podali

Dr K. Byrkowski i doc. dr W. Ostrowski.

Celowość stosowania operacji torakoplastycznych w pewnych przypadkach przewlekłego zapalenia jamy opłucnej po-

chodzenia gruźliczego albo niegruźliczego nie budzi w czasach obecnych żadnych zastrzeżeń. To też zastanawiać musi okolicz-

ność, że w piśmiennictwie polskim brak niemal zupełnie danych świadczących o tym, że operacyjne pomniejszanie rozmiarów klatki piersiowej w leczeniu ropnych zmian opłucnej znajduje u nas właściwy zakres zastosowania. Przed kilku laty jeden z nas opisał przypadek ropnego gruźliczego zapalenia opłucnej wyleczony za po-

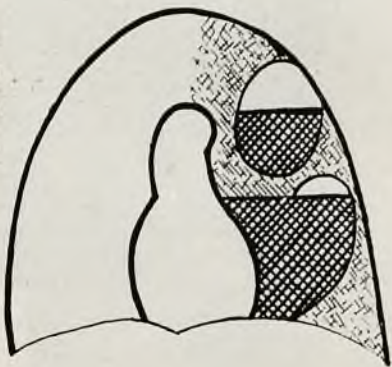
mością rozległej wieloczasowej torakoplastyki (Medycyna Nr 2, 1936). Obecnie przedstawiamy inny przypadek, gdzie podobnie rozległy zabieg, rozłożony na szereg etapów, został wykonany z powodu przewlekłych zmian ropnych w jamie opłucnej, powstałych tym razem, jak się zdaje, na tle nieswoistym.

Opis przypadku.

Chora M. C., lat 23, panna, z zawodu laborantka, w pierwszych dniach września 1937 r. dostała nagle w nocy gorączki, dreszczy i rozwołnień. Wezwany lekarz rozpoznał dur brzuszny. W tydzień po tym wystąpiło kłucie w lewym boku. Stwierdzono obecność płynu w opłucnej lewej; opłucną nakłuto i wypuszczono około 300 cm³ płynu surowiczego. Po tym zabiegu stan chorej nie uległ poprawie, gorączka dochodziła do 39°, wobec czego w dniu 13 października chorą przeniesiono do I Kliniki Wewn. U. J. P. (Kierownik: *prof. dr Z. Górecki*). Tu stwierdzono, że chora wzrostu niskiego, budowy wątłej, jest w stanie

rała czerwonych ciałek 2.380.000, Hb 34%, ciałek białych 12.400, w tym obojętnochłonnych podzielonych 60%, pętłowatych 24%, limfocytów 12%, dużych 4%. Opadanie krwinek po 1 godz. — 65 mm, po 2 godzinach 125 mm. Pomijamy wyniki innych badań, które w danym przypadku nie miały większego znaczenia.

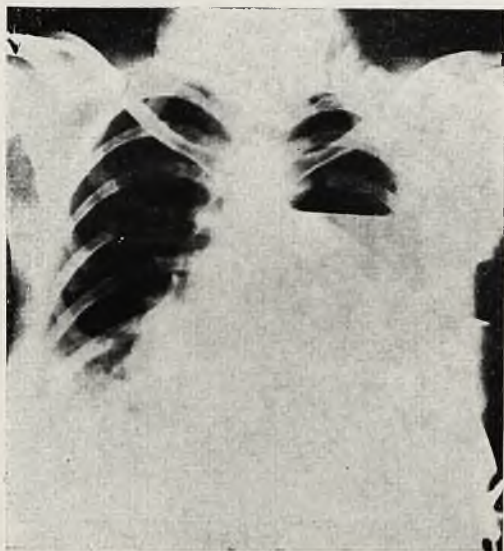
Wobec tego, że wypuszczenie ropy z opłucnej za pomocą nakłucia w niczym nie poprawiło ciężkiego stanu chorej, została ona przepisana do II Kliniki Chirurg. U. J. P., gdzie już w dniu 16 października 1937 r. otworzono zbiorowisko ropne niżej położone, wypuszczając przy tym około 400 cm³ cuchnącej ropy. Zabiegu dokonano w znieczuleniu miejscowym w sposób typowy, z wycięciem około 4 cm kawałka IX żebra na linii pachowej tylnej. Jamę opłucnej sączkowano w sposób zamknięty za pomocą rurki Delbeta (system syfonu). Stan chorej po zabiegu, który uzupełniono przetoczeniem 200 cm³ krwi, nie uległ poprawie, t^o wynosiła 38,5 — 39°, a tętno 120 i więcej na minutę, jakkolwiek badanie rentgenowskie wykazało, że otworzona jama ropna w opłucnej dobrze opróżnia się na zewnątrz. W kilka dni po pierwszym zabiegu, a mianowicie w dniu 22 października w znieczuleniu miejscowym otworzono zbiorowisko ropne wyżej położone za pomocą wycięcia kawałka VI żebra na linii pachowej przedniej. Jak poprzednio, ropa miała woń cuchnącą i okazała się jałową. Po tym zabiegu stan chorej nie uległ większej poprawie, a badanie za pomocą promieni Rentgena wykryło, że oba



Rys. 1.

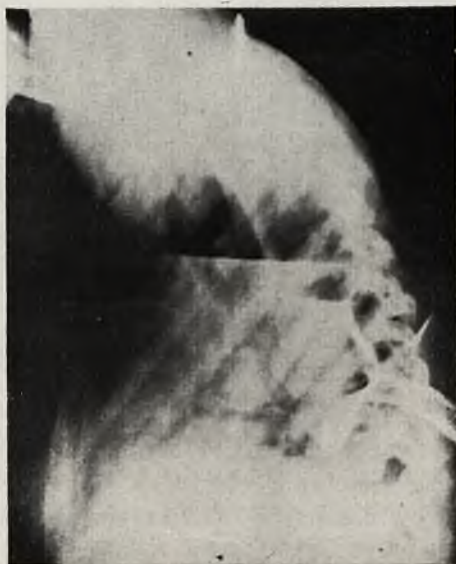
ciężkim, ciepłota wynosi 39,5° a tętno 96 na min. Ciśnienie krwi 95/60. Okolica łędźwiowa i stopy nieznacznie obrzękłe. Badanie opukiwaniem, osłuchiowaniem i za pomocą promieni Rentgena wykryło w lewej opłucnej obecność płynu w 2 dużych komorach leżących jedna nad drugą (rys. 1). W górnej komorze płyn sięgał do I żebra od przodu, w dolnej — do poziomu III żebra od przodu. Dolna granica komory wyżej położonej leżała na poziomie V żebra od przodu, dolna zaś granica komory niżej położonej dochodziła do przepony. Nakłuciem wydobyto około 300 cm³ ropy, bardzo cuchnącej, lecz jałowej. Krew chorej zawie-

opróżnione i sączkowe zbiorowiska płynu były jedynymi w jamie płucnej.



Rys. 2.

Stwierdzono mianowicie jeszcze 2 poziomy płynu, przed tym niewidoczne, jeden na wysokości III żebra, a drugi na wysokości IV żebra od przodu (rys. 2 i 3). W dniu

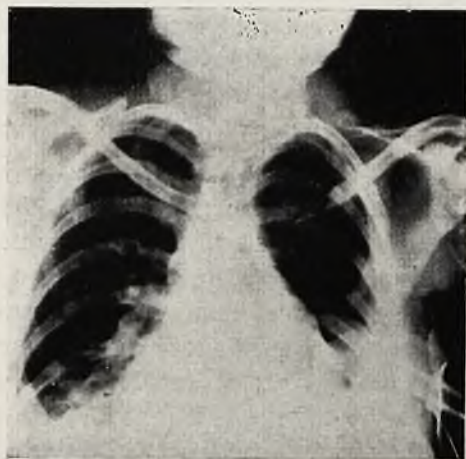


Rys. 3.

26 października oba te zbiorowiska otworzono, wycinając w znieczuleniu miejscowo-

wym kawałek III żebra na linii pachowej i łącząc obie jamy ropne za pomocą oddzielenia palcem od ściany klatki piersiowej na niewielkiej przestrzeni wiotkich złepów, które te jamy rozgraniczały. Ropa otrzymana podczas tej operacji również okazała się jałową. Obie ostatnio otwarte jamy, podobnie jak jamę otwartą podczas drugiej operacji, sączkowano w sposób zamknięty za pomocą rurek Delbeta.

Teraz dopiero stan chorej zaczął się poprawiać, a ciepłota obniżyć. Większą poprawę uzyskano po ponownym przetoczeniu 200 cm³ krwi. Wkrótce chora przestała gorączkować i powoli powracała do sił.



Rys. 4.

Badanie rentgenowskie wykonane na początku listopada wykazało stosunki w jamie płucnej inne, niż wolno było oczekiwać. Mianowicie płuco było całkowicie spadnięte, a opłucna stanowiła jedną wielką jamę wypełnioną powietrzem i opróżniającą się przez dren Delbeta najniżej umieszczony (rys. 4). Wobec tego dwie inne rurki usunięto, a ranom pozwolono zagoić się pod opatrunkami pokrywającymi je w sposób możliwie szczelny. Wydzielina przez pozostawioną rurkę była dość skąpa.

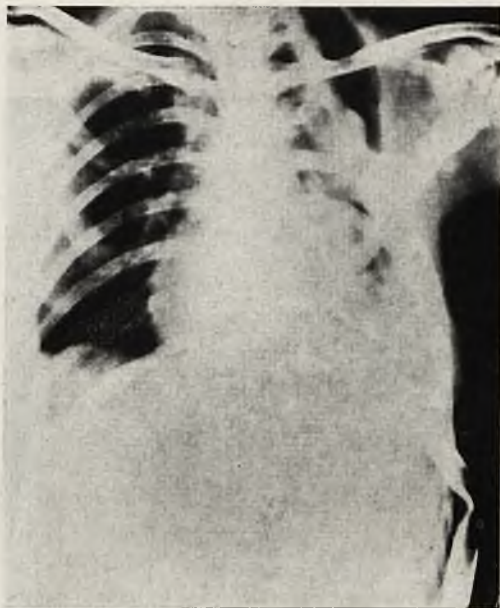
W ciągu następnych 2½ miesięcy stan chorej uległ pewnej dalszej poprawie, cie-

plota zachowywała się prawidłowo, nie stwierdzano jednak żadnej skłonności płuca do rozprostowania się, co pozwoliłoby jamie opłucnej zarosnąć i zagoić się. Zawiodło w tym przypadku stosowanie sączkowania w sposób zamknięty, systemem syfonu, co, jak wiadomo, ma na celu utrzymanie w jamie opłucnej sprzyjającego rozprężeniu płuca ciśnienia niższego niż ciśnienie atmosferyczne. Zawiodło również stosowane przez chorą wytrwale, w ciągu paru tygodni dmuchanie do butelki, co powodować miało wprowadzanie do spadniętego płuca powietrza wydychanego z płuca zdrowego. Do środków i sposobów innych, niepewnych w wyniku, a zato nie pozbawionych niebezpieczeństwa, jak wykonanie odmy piersiowej drugostronnej, albo celowe bardzo znaczne obniżenie ciśnienia w opłucnej, obawialiśmy się uciekać.

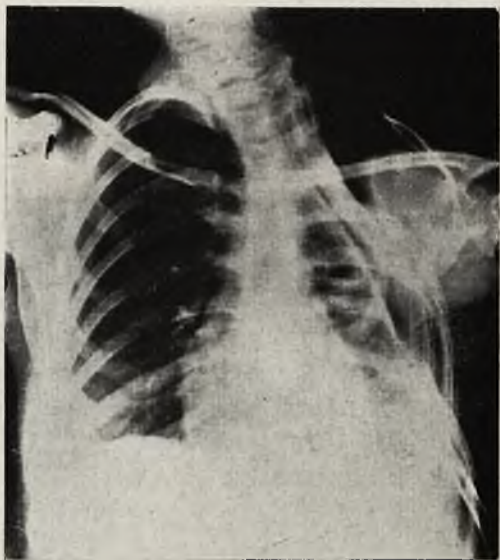
Ostatecznie w końcu stycznia 1938 r. zmuszeni byliśmy stwierdzić, że zmiany czy to w płucu, czy w opłucnej są tego rodzaju, że ropiejąca jama opłucnej utraciła swą naturalną skłonność do wzajemnego zbliżenia swych ścian. Mieliśmy niewątpliwie do czynienia z przewlekłym zapaleniem jamy opłucnej — sprawą chorobową, która pozostawiona samej sobie doprowadziłaby z pewnością do rychłego poderwania sił chorej i niepomyślnego zejścia.

W tych warunkach celowym wydało się leczenie operacyjne, które zbliżyłoby listek ścienny opłucnej do listka trzewnego i w ten sposób umożliwiło ich zrośnięcie. Najpewniej można było to osiągnąć w naszym przypadku za pomocą odpowiednio rozległej torakoplastyki.

Torakoplastyka wykonana została w 3 etapach w dniu 26 stycznia, 16 lutego i 12 maja 1938 r. W pierwszym etapie wycięto przykręgowe odcinki 5 górnych żeber, ogólnej długości 44 cm, w etapie drugim



Rys. 5.

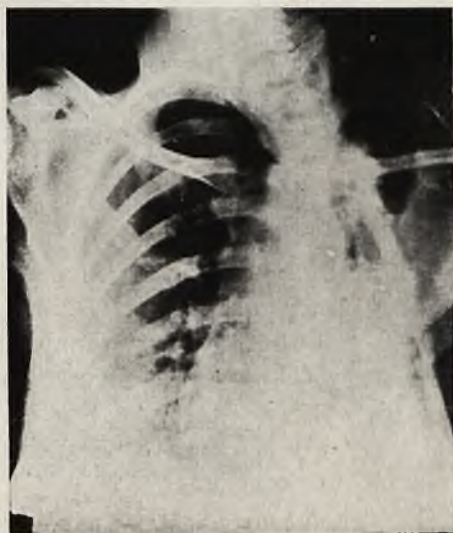


Rys. 6.

— pozostałe przednie odcinki I i II żebra; wreszcie w etapie trzecim — długie, leżące między linią pachową a kręgosłupem, kawałki VI — IX żeber włącznie. Etap pierwszy i trzeci wykonane zostały w znieczuleniu miejscowym, etap drugi — w uśpieniu. Powtarzane co pewien czas badania promieniami Rentgena (rys. 5, 6, 7)

pozwalają dokładnie oceniać wynik każdego zabiegu w sensie coraz bardziej zmniejszających się rozmiarów jamy opłucnej. Zabiegi torakoplastyczne chora zносиła dość ciężko, po każdym z nich uciekaliśmy się do przetaczania krwi.

Ostatecznie w kilkanaście dni po ostatniej operacji chora poczęła szybko wracać do sił. Zdjęcie klatki piersiowej wykonane w dniu 23 maja 1938 r. (rys. 7) wykazało całkowite zbliżenie opłucnej ściennej do powierzchni płuca. W dniu 9 czerwca chora opuściła klinikę z ranami zagojonymi,



Rys. 7.

prócz tej przez którą jama opłucnej była sączkowana. Sączek ten, zamieniony zresztą na znacznie cieńszy, utrzymywaliśmy nadal, wychodząc z założenia, że obraz rentgenowski świadczył jedynie o zetknięciu się wzajemnym listków opłucnej ściennej i trzewnej, nie dowodząc bynajmniej, że listki te się zrosły. Przed zrośnięciem się tych listków, powierzchnie ich wydzielały treść ropną, która musiała mieć ujście na zewnątrz. Dopiero w 2 miesiące później, po upewnieniu się za pomocą zdjęcia wykonanego po wlewniu przez dren lipiodolu, że poza wąziutkim kanałem, w

którym leży dren, jama opłucnej jest całkowicie zarośnięta (rys. 8 i 9), zdecydowa-



Rys. 8.

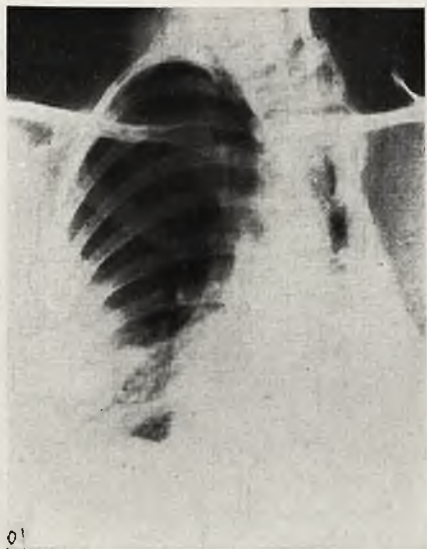


Rys. 9.

liśmy się na jego usunięcie. Przetoka po drenie rychło się zagoiła.

Obecnie uważamy chorą za wyleczoną (rys. 10). Przebyte operacje pozostawiły

rzecz prosta ślady, nie tak jednak znaczne, by stanowić mogły one przeszkodę w życiu



Rys. 10.

codziennym. Klatka piersiowa jest oczywiście niesymetryczna, co jednak uwidoczni się dopiero wtedy, gdy chora jest rozebrana (rys. 11). Unoszenie kończyny górnej lewej jest utrudnione, poza tym jednak ruchy w tej kończynie, jak również siła są zachowane całkowicie. Widoczne skrzywienie kręgosłupa boczne i ku przodu

dowi miało miejsce jeszcze przed chorobą, w czasie której jedynie zaznaczyło się silniej; cofa się ono jednak ostatnio pod wpływem zaleconych chorej ćwiczeń. Od paru miesięcy chora powróciła do swej pracy zawodowej.



Rys. 11.

Droga do zdrowia była w tym przypadku bardzo długa, trudna i pełna niebezpieczeństw. W ciągu 7 miesięcy 6 zabiegów operacyjnych i 5-krotne przetaczanie krwi. Uzyskany wynik przypisać należy przede wszystkim wielkiej cierpliwości ze strony chorej i jej dużej wierze w skuteczność leczenia chirurgicznego.

K o m e n t a r z

Przedstawiony wyżej opis przypadku i stosowanego postępowania leczniczego należałoby, jak sądzimy, uzupełnić pewnymi, choćby krótkimi wyjaśnieniami. Wyjaśnienia te powinny dotyczyć przede wszystkim 1) istoty sprawy chorobowej z którą mieliśmy do czynienia, dalej 2) przyczyn przejścia zmian ostrych w jamie opłucnej w zmiany przewlekłe, wreszcie 3) trafności wyboru metody leczenia powstałego w przebiegu choroby przewlekłego ropniaka opłucnej.

I. Sądzić należy, że ropniak opłucnej powstał u naszej chorej w sposób najbar-

dziej pospolity, a mianowicie jako powikłanie ostrej sprawy zapalnej w płucu, przyjętej za dur brzuszny przez pierwszego lekarza, który chorą badał. Chodziło tu przy tym raczej o ropniak przyzapalny (*empyema pleurae parapneumonicum*), niż o ropniak pozapalny (*empyema pleurae metapneumonicum*). Przemawiałoby za tym wczesne, bo już w końcu pierwszego tygodnia choroby wystąpienie wysięku w opłucnej, zbieranie się płynu w postaci zbiorowisk otorbionych, w pewnym wreszcie stopniu również jałowość ropy otrzymanej za pomocą nakłucia i podczas ope-

racji. Jak wiadomo ropniaki opłucnej ograniczone skleinami włóknikowymi albo wiotkimi zrostami, jak to było w naszym przypadku, a przebiegające ostro, powstają najczęściej na skutek otwierania się do jamy opłucnej drobnych podopłucnowych ognisk ropnych w płucu. Szereg takich ognisk, pękniętych w czasie rozmaitym, łatwo może doprowadzić do powstania ropniaka opłucnej wielokomorowego, przy czym komory te najczęściej, podobnie jak w naszym przypadku, umiejscawiają się przyściennie. Cechą charakterystyczną dla tych ropniaków jest wczesne znikanie w ropie drobnoustrojów, którymi najczęściej bywają pneumokoki. Okoliczność, że płyn otrzymany z opłucnej podczas pierwszego nakłucia miał wygląd płynu surowiczego, nie świadczy o tym, że nie zawierał on już wtedy ropy. Wiadomo bowiem, że pęknięcie ogniska ropnego podopłucnowego w płucu do jamy opłucnej poprzedzone bywa zazwyczaj zbieraniem się w tej jamie płynu surowiczego. Fizycznych cech tego płynu może początkowo wcale nie zmienić niewielka ilość ropy wylanej z ogniska w płucu. Następuje to zazwyczaj dopiero po pewnym czasie. Możliwe jest zresztą, że pierwszego nakłucia opłucnej dokonano jeszcze przed pęknięciem ropnia w płucu, kiedy jama opłucnej zawierała odczynowy płyn zapalny surowiczy.

Nie można oczywiście bezwzględnie wyłączyć możliwości, że sprawa ropna przeszła z płuca na opłucną w sposób inny, np. drogą naczyń chłonnych. Nieprawdopodobnym wszakże wydaje się powstanie ropniaka opłucnej na skutek innej niż zapalenie choroby płucnej, albo wskutek sprawy ropnej toczącej się poza obrębem płuc. Należy też odrzucić przypuszczenie, że zapalenie opłucnej powstało na skutek zakażenia jej pałeczką Ebertha, a to choćby dlatego, że rozpoznanie duru brzuszno-groźnego zrobione w swoim czasie u naszej cho-

rej nie zostało poparte ani właściwymi badaniami krwi, ani przez dalszy przebieg choroby. Przeciwnie gruźliczemu podłożu sprawy w opłucnej przemawia znów zdecydowanie brak jakichkolwiek objawów gruźlicy u naszej chorej oraz łatwość gojenia ran operacyjnych.

II. Z kolei wypada rozważyć przyczynę przejścia u naszej chorej ostrego ropnego zapalenia opłucnej w ropniak opłucnej przewlekły. Wiadomo, że do tej sprawy chorobowej może doprowadzić 1) wadliwe sączkowanie powodujące niedostateczne opróżnianie się ropniaka, 2) otwarta odma piersiowa, 3) trudności w opanowaniu zakażenia opłucnej, 4) znaczne wyniszczenie chorego i 5) niezdolność płuca do rozprężenia się. W naszym przypadku żaden z pierwszych 4 czynników nie może być brany w rachubę. Opróżnianie jamy opłucnej z zawartości ropnej po otwarciu wszystkich zbiorowisk było bardzo dobre. Otwartej odmy piersiowej uniknęliśmy, stosując zamknięte sączkowanie. Zawartość opłucnej była jałowa, a chora — choć wątła i słaba — nie była przecież w stanie takiego wyniszczenia, które by mogło przeszkodzić sprawom gojenia. Natomiast czynnik piąty — niezdolność płuca do rozprężenia się — odegrał w powstaniu przewlekłego ropniaka opłucnej w naszym przypadku niewątpliwie rolę decydującą. Zastanówmy się więc dlaczego płuco u naszej chorej po otwarciu ropnych zbiorowisk w opłucnej nie wypełniło sobą tej jamy, przeciwnie spadło się jeszcze bardziej, uniemożliwiając przeto samoistne jej zagojenie. Mówiąc ogólnie mogło to nastąpić bądź wskutek zmian opłucnej, bądź wskutek zmian powstałych w samym płucu.

Zmiany opłucnej uniemożliwiające płucu rozprężenie się w stopniu należyty, mogły być dwu rodzajów. Mogły to być przede wszystkim zmiany o charakterze zrostów utrwalających płuco w nieprawi-

dłowym ułożeniu, np. przytwierdzających je do śródpiersia oraz do sąsiadujących ze śródpiersem części opłucnej żebrowej. Wiadomo, że w niektórych przypadkach ropniaka opłucnej spadnięte płuco układa się w całości w kącie śródpiersiowo-żebrowym tylnym albo przednim (*sinus costomediastinalis ant. aut post.*), a przy tym w taki sposób, że jego powierzchnia boczna (*facies costalis*) przylega do opłucnej pokrywającej przykręgowce albo przymostkowe odcinki żeber. Pozostając w takim ułożeniu przez czas dłuższy płuco przyrasta do przyległych odcinków ściany klatki piersiowej i traci w ten sposób zdolność do rozprężenia się, jeżeli już nie całkowicie, to przynajmniej w dużym stopniu. Do utrwalenia płuca przez zrosty płucno-opłucnowe w takim nieprawidłowym ułożeniu konieczne są jednak pewne warunki, a mianowicie duży stopień spadnięcia płuca oraz utrzymywanie go w tym stanie przez czas wystarczająco długi dla wytworzenia mocnych zrostów. Warunki takie znajdujemy w przypadkach ropniaka opłucnej całkowitego, a przy tym późno poddanego nacięciu i sączkowaniu. W naszym natomiast przypadku takich warunków doszukać się trudno. Mielśmy tu do czynienia z ropniakiem wielokomorowym przyściennym, gdzie powierzchnia żebrowa płuca przed rozpoczęciem leczenia operacyjnego przylegała miejscami do bocznej ściany klatki piersiowej. Przy tym łączyły powierzchnię płuca ze ścianą klatki piersiowej bynajmniej nie mocne zrosty, lecz — jak to zostało stwierdzone podczas operacji — jedynie wiotkie skleiny, spadnięcie zaś płuca znacznego stopnia nastąpiło dopiero po operacjach sączkujących. Powyższe okoliczności nakazują wyłączyć zrosty płucno-opłucnowe, jako przyczynę niezdolności płuca do powiększenia swych wymiarów.

Inne zmiany opłucnej, jakie w danym przypadku mogłyby wchodzić w rachubę, to zgrubienie albo stwardnienie trzewnego listka opłucnej. Wiemy, że zmiany opłucnej trzewnej, jakie pospolicie występują w przebiegu ostrego ropniaka opłucnej, nie stanowią przeszkody dla rozděcia płuca do potrzebnych wymiarów, jeżeli tylko ciśnienie powietrza w otwartej operacyjnej i sączkowanej jamie opłucnej jest odpowiednio niższe niż ciśnienie w drogach oddechowych po stronie chorej. Doświadczenie wykazuje, że obniżenie ciśnienia w opłucnej do — 20 — 30 cm³ wody, stosowane przez szereg dni, z reguły wystarcza aby objętość płuca stała się prawidłowa i mogło ono całkowicie wypełnić właściwą połowę klatki piersiowej. Takie ciśnienie uzyskujemy w leczeniu ostrych ropniaków opłucnej, stosując, jak w naszym przypadku, sączkowanie zamknięte i umieszczając odpowiednio nisko naczynie z wodą, do którego zanurzony jest koniec drenu. Postępowanie takie jednak nie wystarcza, jeśli opłucna jest stwardniała wskutek powstałych w niej zmian zapalnych, albo pokryta grubą warstwą włókniaka i stawia opór rozprężeniu płuca. Opór taki można co prawda niekiedy przezwyciężyć bądź przez dalsze obniżenie ciśnienia w jamie opłucnej, bądź przez zwiększenie ciśnienia wewnątrzpłucnego.

Zbytne obniżenie ciśnienia w opłucnej bywa jednak niebezpieczne, ponieważ może spowodować pęknięcie płuca. Uciekaliśmy się zatem do stosowanych siłą tradycji sposobów zwiększania ciśnienia w drogach oddechowych. Jak wiadomo sposoby te mają na celu gwałtowne wprowadzenie do spadniętego płuca powietrza wydychanego z płuca zdrowego. Następuje to podczas kaszlu, a również podczas zalecanego chorym forsownego nadmuchiwania butelek, gumowych poduszek itp. przedmiotów. Niezależnie od poglądu na wartość tych

sposobów zaleciliśmy w naszym przypadku nadmuchiwanie butelki w celu zwiększenia różnicy ciśnienia wewnątrzpłucnego i wewnątrzpłucnowego, które staraliśmy się utrzymywać dostatecznie nisko. Objętość płuca nie uległa żadnej zmianie. Tłumaczyć to można było jedynie zupełną niepodatnością opłucnej trzewnej, spowodowaną odpowiednio daleko zaszłyimi zmianami anatomicznymi.

Tłumaczenie takie byłoby o tyle zachęcające, że zgodne z rozpowszechnionym ogólnie poglądem, który z reguły w każdym podobnym przypadku przyczynę pozostania płuca w stanie spadnięcia upatruje w zgrubieniu albo zeszczywnieniu opłucnej. Wnikliwszy jednak rozbiór omawianego przypadku do takiego tłumaczenia nie upoważnia. Przede wszystkim podczas żadnej z trzech operacji otwarcia klatki piersiowej dla jej sączkowania nie stwierdziliśmy zgrubienia opłucnej ściennej, które musiałoby towarzyszyć podobnym zmianom opłucnej trzewnej. Zgrubienia opłucnej trzewnej, przynajmniej zgrubienia dość znacznego stopnia, usprawiedliwiającego pozostawanie płuca w stanie całkowitego spadnięcia, nie wykrywa również oglądanie zdjęcia rentgenowskiego (rys. 4), wykonanego po operacjach sączkujących, a wykazującego całkowite spadnięcie płuca. Takie zgrubienie opłucnej widzimy dopiero na zdjęciach 5. — 7. wykonanych już w parę miesięcy później, gdy przystąpiliśmy do operacji torakoplastycznych. Dodać należy, że treść ropna usuwana operacyjnie z jamy opłucnej zawierała włókniaka raczej mniej niż to bywa zazwyczaj, nie ma więc podstaw do przypuszczenia, że obfite jego złogi pokrywały opłucną płucną i stanowiły przeszkodę do rozdęcia płuca. Zeszczywnieniu opłucnej płucnej przeczy wreszcie spadnięcie się płuca większe po otwarciu trzeciej i czwartej komory ropnej w jamie opłucnej (patrz rys. 4), niż

przed tą operacją (rys. 2 i 3). Spadnięcie to spowodowało rozdzielenie sklein płucno-opłucnowych, ograniczających zbiorowiska ropne, a których tylko znikoma część została rozdzielona podczas operacji, i doprowadziło do przekształcenia ropniaka opłucnej wielokomorowego przyściennego w ropniak całkowity (*empyema totale*). Gdyby natomiast opłucna płucna istotnie była sztywna i niepodatna, taka nagła zmiana objętości płuca byłaby przecież niemożliwa.

Nie znajdując w zmianach opłucnej wytłumaczenia dla pozostawania płuca w stanie spadnięcia, musimy dojść do wniosku, że przyczyną nierozprężenia się płuca były zmiany w płucu samym. Mogły to być zmiany polegające na rozwoju w płucu bliznowaciejącej tkanki łącznej (*induratio, cirrhosis pulmonis*) w następstwie organizacji wysięku zapalnego, mogła to być jego bezpowietrznosc (*atelectasis*) spowodowana zatkanie oskrzeli przez śluz i wysięk. Ostatnie przypuszczenie wydaje się szczególnie prawdopodobne, ponieważ w naszym przypadku miały miejsce warunki niewątpliwie sprzyjające powstaniu niedodmy. Mianowicie ruchy oddechowe płuca po stronie chorej były osłabione, istniał ucisk na płuco plynu zebranego w opłucnej, a obecność śluzu w oskrzelach u naszej chorej wkrótce po przebyciu sprawy zapalnej w płucach stanowiłaby zjawisko raczej zupełnie naturalne. Śluz taki u osoby osłabionej, oddychającej powierzchownie, źle sączkującej swe drogi oddechowe, łatwo mógł doprowadzić do wytworzenia korka szczelnie zamykającego światło oskrzela.

Przyjmując zatkanie oskrzela za główną przyczynę pozostawania płuca w stanie niedodmy, łatwo możemy wytłumaczyć spostrzegane w naszym przypadku odchylenia od normalnego przebiegu sprawy chorobowej i pewne zjawiska inaczej tru-

odne do zrozumienia. Więc starannie przestrzegane przez nas współczesne zasady sączkowania opłucnej, mające na celu utrzymanie w niej ciśnienia ujemnego, nie prowadziły do rozděcia płuca, ponieważ w jego drogach oddechowych ciśnienie było jeszcze niższe niż w jamie opłucnej. Zatkanie oskrzela po stronie chorej uniemożliwiało wejście powietrza do spadniętego płuca, stąd bezowocność sumiennie stosowanego przez chorą nadmuchiwania butelki. Wreszcie nagle spadnięcie płuca spostrzeżone po trzeciej operacji najlepiej daje się wytłumaczyć przez wysuniętą powyżej hipotezę.

Przedstawione wątpliwości i rozważania nie byłyby na tym miejscu tak obszernie poruszane, gdyby nie to, że posiadają one nie tylko charakter akademicki, lecz prowadzą do wniosków praktycznych o dużym być może znaczeniu. Przecież jeżeli zatkanie oskrzela przez korek śluzowy albo śluzowo-ropny istotnie miało miejsce w naszym przypadku — a przemawia za tym bardzo wiele — odpowiednie postępowanie polegające na udrożnieniu oskrzela za pomocą bronchoskopu uchroniłoby chorą przed długim, bolesnym, pełnym niebezpieczeństw i ostatecznie kaleczącym postępowaniem operacyjnym, jakie zastosowaliśmy dla opanowania przewlekłego ropniaka opłucnej. Jeżeli bronchoterapia odgrywa ostatnio tak wielką rolę w leczeniu powikłań płucnych pooperacyjnych, jeżeli w tych powikłaniach tak często główną przyczyną jest zatkanie oskrzela przez korek śluzowy, sądzić należy, że z niedodmą płuca w ten sam sposób spowodowaną możemy nieraz mieć do czynienia w przypadkach podobnych do tego, jaki tu został omówiony.

III. Bronchoskopii w naszym przypadku nie stosowano, ponieważ koncepcja zatkania oskrzela przez śluz, nigdy dotych-

czas, jak się zdaje, nie wysuwana jako przyczyna trwałego spadnięcia płuca w sączkowanych ropniakach opłucnej, powstała u nas po niewczasie. W rachubę wchodzić mogły więc jedynie ogólnie znane i stosowane w takich razach metody chirurgiczne. Jałowość ropniaka mogła zachęcić do usunięcia sączków gdy gorączka u chorej ustąpiła, a ciężkie objawy się cofnęły, do zeszcicia ran operacyjnych po uprzednim wycięciu ich brzegów i do przekształcenia w ten sposób ropniaka opłucnej w odmę piersiową zamkniętą, w nadziei że odma ta stopniowo się wchłonie, a jama opłucnej ulegnie likwidacji. Wiadomo, że takie postępowanie daje nieraz dobre wyniki w przypadkach, gdzie wydzielina z opłucnej nie zawiera drobnoustrojów i jest nie obfita, pod tym wszakże warunkiem, że zdolność płuca do rozprężenia się nie ulega wątpliwości. W naszym przypadku, wobec braku wymienionego warunku, zamknięcie otworów sączkujących jamę opłucną doprowadziłoby do ponownego zebrania się w niej ropy i do nawrotu ciężkich objawów chorobowych, które spostrzegaliśmy przed wykonaniem nacięć opłucnej. Możliwość opanowania ropniaka opłucnej za pomocą plomby tkankowej wyłączały w naszym przypadku jego duże rozmiary. Z tych samych powodów nie wolno było ważyć się na pokrycie ścian ropniaka przeszczepionym naskórkiem i „unieszkodliwienia” go w ten sposób. Pozostawało więc dążenie do operacyjnego zbliżenia trzewnego listka opłucnej do jej listka ściennego albo też do zbliżenia ścian klatki piersiowej do powierzchni spadniętego płuca. Jak wiadomo, pierwsza z tych metod, polegająca na nacięciach albo na częściowym wycięciu zmienionej opłucnej płucnej, obecnie zwolenników prawie nie posiada z powodu niebezpieczeństw z nią związanych i niepewnych wyników. W naszym przypadku,

gdzie według wszelkiego prawdopodobieństwa opłucna nie stanowiła przeszkody do zagojenia jamy opłucnej, metoda ta byłaby szczególnie chybiona. Pozostawało więc w sposób najpewniejszy, a jednocześnie możliwie oszczędzający siły chorej, dążyć do zbliżenia opłucnej ściennej do płuca. Stosowaliśmy w tym celu zabiegi torako-

plastyczne zewnątrzopłucnowe. Staraliśmy się przy tym wykonywać te zabiegi możliwie szybko jeden po drugim, aby nie dopuścić do większego zgrubienia opłucnej ściennej, co wymagałoby już operacyj wewnątrzopłucnowych o typie operacji Schedo, a więc o wiele bardziej niebezpiecznych.

Z oddziału chirurgicznego Szpitala im. Prezydenta Ignacego Mościckiego w Łodzi.
Ordynator: *Prof. Dr W. Tomaszewicz.*

PRZYPADEK NERKI PODKOWIASTEJ

podał

Dr Leszek Chmielecki.

Nerka podkowiasta jest stosunkowo częstą wadą rozwojową. Na oddziale chirurgicznym naszego szpitala na 230 operacyj nerkowych stwierdzono 4 przypadki nerki podkowiastej, z których trzy opisał *dr Kleszczelski* („Chirurg Polski” Nr 2, 1938 r.). Obecnie podaję przypadek czwarty; do ogłoszenia tego przypadku zachęca mnie okoliczność, że budowa anatomiczna nerki różniła się tu od podawanej w podręcznikach.

Chory Sz. J., lat 53. Wywiad rodzinny bez znaczenia. Z chorób przebytych podaje grypę oraz rzeżączkę.

Obecna choroba rozpoczęła się przed ośmiu laty. Pojawiły się tępe bóle w okolicy prawego dołu biodrowego promieniujące do kończyny dolnej prawej. Leczył się przez trzy tygodnie w szpitalu, po czym czuł się zupełnie dobrze.

W czerwcu 1938 r. chory nagle odczuł ostre bóle w okolicy pępka, promieniujące do prawego dołu biodrowego, do prawej okolicy lędźwiowej, do prawej połowy klatki piersiowej oraz do lewej połowy jamy brzusznej. Od tego czasu bóle powtarzały się zwykle po jedzeniu, szczególnie zbitym, trwały kilka godzin. Zjawiały się też nudności, brak apetytu, wstręt do mięsa, osłabienie oraz spadek na wadze wynoszący 10 kg. Mocz i stolec regularnie. Wskutek utrzymywania się wymienionych dolegliwości został skierowany do tu-tejszego szpitala z rozpoznaniem *appendicitis chronica*.

Stano obecny: Chory wzrostu średniego, budowy ciała na ogół prawidłowej, średnio mocnej. Odżywienie mierne, podściółka tłuszczowa słabo rozwinięta. W narządach klatki piersiowej, poza wybitnie rozwiniętymi mięśniami górnej części klatki piersiowej po stronie prawej, zmian chorobowych się nie stwierdza.

Jama brzuszna prawidłowo wysklepiona, powłoki jędrne. Wątroba wystaje z pod łuku żebrowego na dwa palce; powierzchnia jej gładka, brzeg ostry, niebolesny. Śledziona niemacalna. W obrębie prawego dołu biodrowego stwierdza się guz wielkości dwóch pięści, bolesny, twardy, nieruchomy, jak gdyby złożony z dwóch części, przebiegający w postaci wału z góry i od strony prawej ku dołowi i stronie lewej. W położeniu boczny guz wykazuje nieznaczną ruchomość. Opukowo — nad guzem odgłos przytłumiony, w pozostałych częściach jamy brzusznej bębnowy. Nerki — w prawidłowym położeniu niemacalne.

Moc: kwaśny, c. wł. 1018, białka 0,004%, cukru nie zawiera; urobilinogen — niezwiększony. W osadzie nic szczególnego. Krew: hemoglobiny 90%, ciałek czerwonych 4.600.000, ciałek białych 9.700, w tym obojętnochłonnych segmentowanych 57%, kwasochłonnych 1%, limfocytów 37%, monocytów 5%. WR ujemny.

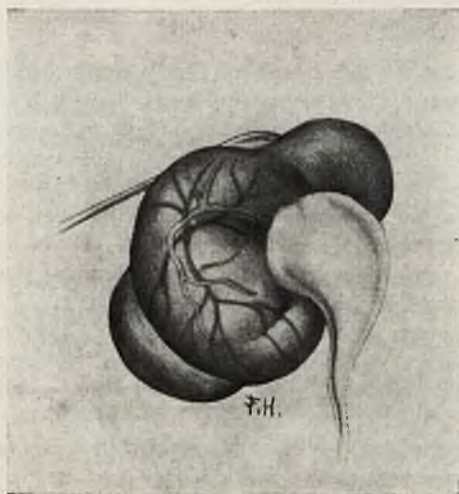
Badanie przewodu pokarmowego za pomocą promieni Rentgena zmian w żołądku i dwunastnicy nie wykrywa. Wstępnica szeroka, nie wykazuje ubytków cienia. Badanie za pomocą wlewu kontrastowego nie stwierdziło zmian w jelitach grubych.

Wynik urografii dożylniej: nerki i moczowody niewidoczne; płyn kontrastowy w pęcherzu.

Wziernikowania pęcherza z powodu znacznego zwężenia cewki nie wykonano.

Powyższe dane nie pozwalały na ustalenie dokładnego rozpoznania, które wahało się między nerką podkowiastą a nowotworem jamy brzusznej. W każdym razie wskazany był zabieg operacyjny.

W narkozie morfinowo-eterowej (*prof. dr W. Tomaszewicz*) cięciem poprzecznym prawostronnym na wysokości pępka otwarto jamę brzuszną. Stwierdzono, że pozaotrzewnowo, w miejscu rozgałęzienia się naczyń podbrzusnych, nieco w prawo od kręgosłupa znajduje się twór mało ruchomy, o kształcie nieregularnym, wielko-



Rys. 1.

ści dwóch pięści, spoistości jędrnej. Z powodu trudnego dostępu cięcie przedłużono w bok do szczytu 12. żebra, odsłaniając przestrzeń pozaotrzewnową. Po wydzieleniu tworu i wydobyciu go na wysokość rany okazało się, że mamy do czynienia z nerką podkowiastą o rzadkiej budowie. Mianowicie obie nerki były zrosnięte w górnym biegunie, a w miejscu tego zrostu zaznaczało się wcięcie. Obydwie osi nerek krzyżowały się przytem ze sobą w ten sposób, że nerka lewa leżała bardziej od tyłu i przebiegała skośnie pod nerką prawą; dolne bieguny nerek pozostawały wolne (rys. 1).

Obie nerki posiadały wspólną, wybitnie rozszerzoną miedniczkę, z której dolnego bieguna odchodził ku dołowi moczowód. Drugi moczowód odchodził w miejscu wcięcia od strony tylnej. Bezpośredniego połączenia tego moczowodu z miedniczką nie dało się wykazać, ponieważ moczowód ten przechodził pomiędzy nerkami. Również nie wykryto drugiej miedniczki. Nerkę podkowiastą podciągnięto ku górze i przyszyto do łuku żebrowego prawego. Ranę zeszyto szczelnie.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Rychłozrost.

W dniu 30.IX 38 r. chory opuścił oddział chirurgiczny.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę z następujących powodów:

1. Zazwyczaj ulegają zrostowi dolne bieguny nerek, tworząc łuk otwarty ku górze. Zrost w większości przypadków bywa łącznotkankowy, nie zaś mięszowy. W naszym natomiast przypadku nastąpił zrost górnych biegunów obu nerek, przy czym nie powstał typowy łuk, lecz część prawej nerki leżała w pozycji „okrakiem” na części nerki lewej.
2. Zwykle każda nerka wchodząca w skład nerki podkowiastej posiada własną miedniczkę i własne unaczynienie. W naszym przypadku obie nerki miały wspólną, stosunkowo dużą miedniczkę.
3. Na powierzchni nerki prawej widoczne były naczynia żyłne oraz tętnica przebiegająca luźno łukowato ku wnętrzu tej nerki.
4. Sposób wykonania zabiegu operacyjnego był uzasadniony dolegliwościami chorego, przy czym długość moczowodów i naczyń nie stała na przeszkodzie uniesieniu nerki ku górze.

TECHNIKA OPERACYJNA

TECHNIKA ZABIEGÓW OPERACYJNYCH NA STAWIE BIODROWYM

Podał

Płk. Dr Tadeusz Sokołowski.

II. Zabiegi plastyczne na stawie biodrowym.

Zabiegi plastyczne na stawie biodrowym mają na celu albo przywrócenie ruchomości stawu w przypadku jego zeszytnienia, a więc wytworzenie nowego stawu, albo poprawienie nieprawidłowych stosunków stawu, wywołanych przez urazy, zniekształcenia, wady wrodzone, lub niedomogę aparatu więzadłowego.

Plastyka stawu biodrowego: Klasyczną operacją wytwórczą jest całkowita plastyka stawu biodrowego, która polega na zupełnym przemodelowaniu stawu, zarówno główki, jak panewki. Poza tym plastyka może być częściowa tylko, mianowicie wówczas, gdy modelujemy albo samą główkę, albo tylko panewkę.

Całkowita plastyka ma na celu uruchomienie stawu zeszytniałego po zapaleniach ostrych (zapalenie ostre wskutek zakażenia mikrobami ropnymi, dwóinkami zapalenia płuc, dwóinkami rzeżączki), oraz po zapaleniach przewlekłych i gruźlicy. W razie zeszytnienia stawu w złym ustawieniu — plastyka daje nie tylko staw ruchomy, lecz jednocześnie i korekcję ustawienia, którą daje co prawda także osteotomia, ale bez ruchomości.

Częściową plastykę robimy w zniekształceniach główki, np. w zniekształcającym zapaleniu stawu oraz innych sprawach chorobowych usadowionych w obrębie chrząstki i warstwy podchrząstkowej główki k. udowej.

W zwieńczeniach wrodzonych stawu biodrowego prócz zabiegów zwykłych, np. plastyki dachu panewki, wykonywamy

niekiedy również częściową plastykę w postaci pogłębienia panewki, albo nawet utworzenia nowej panewki drogą pogłębienia wtórnej panewki, powstającej na talerzu biodrowym powyżej prawidłowej.

W tych razach częściowa plastyka jest właściwie tylko jednym z aktów lub uzupełnieniem innego, zasadniczego zabiegu.

Z punktu widzenia wskazań operacyjnych jednostronne zeszytnienie stawu biodrowego w dobrym ustawieniu bez dolegliwości nie daje takiego upośledzenia statyki, które by stanowiło wskazanie do plastyki. Plastyka może być w takich razach uzasadniona tylko wtedy, gdy mamy jednocześnie po tej samej stronie sztywność stawu kolanowego (przypadek taki mamy w leczeniu).

Co innego, gdy zeszytnienie stawu biodrowego nastąpiło w wadliwym ustawieniu. Wtedy zabieg jest niezbędny, z tym zastrzeżeniem, że w niektórych przypadkach zamiast plastyki może wchodzić w grę osteotomia — zabieg łagodniejszy, mający na celu poprawę jedynie wadliwego ustawienia.

W obustronnym zeszytnieniu st. biodrowego plastyka jest jedynym sposobem uratowania sytuacji chorego.

Przy wskazaniach do plastyki stawu biodrowego należy prócz tego wziąć w rachubę jeszcze następujące czynniki: 1. ogólny stan chorego — plastyka jest zabiegiem ciężkim, który wymaga od chorego dużego zasobu sił, 2. jego nastawienie psychiczne, które częstokroć decyduje w le-

czeniu następowym o wynikach, 3. wygaśnięcie, lub taki stan ogniska chorobowego stawu, który zapewnia gładki przebieg pooperacyjny, 4. względy społeczne, jak stanowisko, zawód itp.

O g ó ł n e z a s a d y p l a s t y k i s t a w u b i o d r o w e g o: Aczkolwiek rysunkowo różnice pomiędzy plastyką a innymi zabiegami połączonymi z otwarciem stawu biodrowego i wyważeniem główki k. udowej są pozornie niewielkie, podkreślić należy, że różnice operacyjne są tu istotne. Otwierając normalny staw do-



Rys. 13a. Zeszytywnienie st. biodrowego w odwiedzeniu i rotacji zewnętrznej.

chodzić do celu anatomicznie. Otwieramy torebkę stawową, wyważamy główkę z panewki bez specjalnych trudności, i mamy przed sobą anatomiczny obraz otwartego stawu. Natomiast w większości przypadków całkowitej plastyki, zamiast torebki stawu trafiamy na tkanki bliznowate; uchyłki stawowe i szpara stawu są częstokroć zarośnięte. Spotykamy często przypadki, gdzie wobec zniszczenia chrzą-

stki granice powierzchni stawowych pomiędzy główką a panewką są zupełnie zartarte, ponieważ części składowe stawu zlały się w blok kostny. Są to zatem trudności, wymagające dobrej orientacji w tkankach i metodycznego postępowania.

Zabieg operacyjny składa się z następujących czterech aktów głównych: 1. otwarcia stawu, a w warunkach plastyki częstokroć właściwie — dotarcia do stawu, 2. na wyważeniu główki, zazwyczaj dopiero po uprzednim rozdlutowaniu bloku w celu jej uwolnienia, 3. odpowiednim wymodelowaniu powierzchni stawowych i interpozycji, 4. odprowadzeniu główki i przybi-



Rys. 13b. Ten sam przyp. po wykonaniu całkowitej plastyki.

ciu krętarza oraz warstwowym zeszytciu rany operacyjnej.

T e c h n i k a o p e r a c j i: Operację wykonywamy w znieczuleniu ogólnym lub rdzeniowym. Chorego układamy na boku zdrowym na zwykłym stole operacyjnym lub ortopedycznym, którego w czasie zabiegu używamy tak jak zwykłego stołu, a dopiero po ukończeniu operacji stosujemy podpórki i uchwyty do nałożenia opa-

ETER
DO
NARKOZY
(AETHER PRO NARCOSI)
KRAJOWEJ PRODUKCJI

dorównujący w zupeł-
ności najlepszym za-
granicznym markom.

FABRYKA CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA

„E L I T”

Grodzisk Mazowiecki

Sp. Akc. dla Przemysłu Spiryt. i Chemicznego

w ŁAŃCUCIE

ZAKŁADY CHEMICZNE

„SYNTHESA”

w WARSZAWIE

REPREZENTACJA: INŻ. MICHAŁ HERTZ

ul. Wierzbowa Nr. 11 WARSZAWA Tel.: 6-99-61, 6-26-08

O NARKOZIE ETEROWEJ

W poszukiwaniu odpowiednich środków do narkozy, pozbawionych wszelkich ujemnych działań ubocznych na organizm ludzki, poczyniła chemja medyczna duże postępy, dając lekarzom szereg środków narkotycznych.

Żaden jednakże ze stosowanych współcześnie przy narkozie środków, nie zyskał takiej popularności, jak eter pro narcosi purissimi.

Stosowana pierwotnie narkoza chloroformowa, używana jest coraz rzadziej powodu jej ujemnego działania na serce, wątrobę i nerki, a przede wszystkim na śmiertelne wypadki jakie narkoza ta powoduje. W „Medycynie Sądowej” Hofmana stwierdza Falk śmiertelne wypadki już po zastosowaniu jednorazowej dawki chloroformu 0,5–2,0 g. Z tego powodu większość współczesnych chirurgów, stosując nawet czasami chloroform dodaje eter, jako bezpieczniejszy środek narkotyczny, szczególnie u kobiet i osób słabszych na płuca.

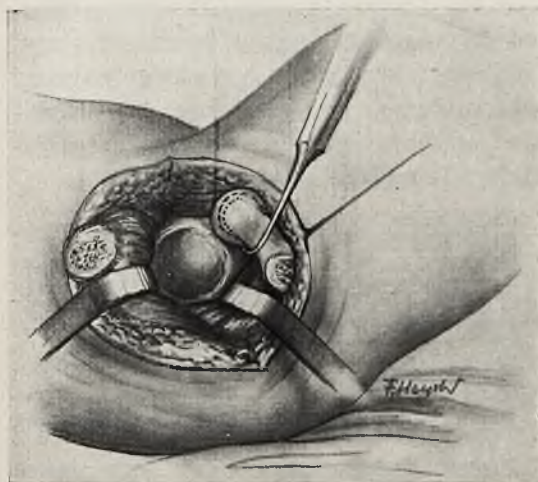
W ostatnich 5-ciu latach, w rzędzie środków narkotycznych zyskała obywatelstwo avertyna, znana już od r. 1847. Mimo swych zalet (dodatnie oddziaływanie na psychikę, zmniejszenie pobudliwości wymiotowej) avertyna nie może zastąpić działania narkozy eterowej i służy raczej jako narkotyk pomocniczy, jak chloroform i chlor-aetyl, co potwierdza ostatnia praca o avertynie dr. W. Gilelsa (Polski Przegląd chirurgiczny tom XII. 1933). Narkoza avertynowa jest przeważnie narkozą przygotowawczą, poprzedzającą właściwą narkozę eterową wywołującą głębokie uśpienie, które samą avertyną trudno byłoby osiągnąć bez niebezpieczeństwa zatrucia. Wskazania i przeciwwskazania stosowanie avertyny nie są jeszcze ściśle ustalone i wymagają bardzo szczegółowego zbadania organizmu, który narkozie tej ma być poddany. Uciążliwości połączone z przygotowaniem avertyny wykluczają stosowanie jej na prowincji, w szpitalach nieposiadających niezbędnych do narkozy avertynowej termostatów, służących do przechowywania świeżego roztworu avertyny. Wreszcie stosowanie narkozy avertynowej przez odbytnicę powoduje częstokroć oparzenia skóry trzeciego stopnia.

Wielce ujemną właściwością narkotyków w rodzaju avertyny, novocainy i t. p. jest niemożliwość przerwania działania narkozy w organizmie po jej zaaplikowaniu, co przy narkozie eterowej jest łatwo osiągalne przez odjęcie maski. Porównanie działań wyżej wymienionych środków do narkozy stwierdza wyższość narkozy eterowej, zapewniając większe bezpieczeństwo i wszechstronne stosowanie.

Do spolaryzowania narkozy eterowej przyczynia się w dużym stopniu fakt, że eter importowany dawniej z zagranicy wyrabiany jest obecnie w kraju, a niektóre jego gatunki przewyższają wyroby zagraniczne.

Dr. A. Kraskowski.

trunku gipsowego. Do trzymania kończyny i wykonywania ruchów przy wyważaniu główki ze stawu wyznaczamy specjalnie jednego z asystujących. Cięcie operacyjne boczne (p. Cz. I). Po oddłutowaniu krętarza i odchyleniu go wraz z płatem mięśni do góry wchodzimy w głąb na szyjkę k. udowej i, w razie zarośnięcia jamy stawowej, odłuszczamy zbliżnowaciałą torebkę od szyjki k. udowej i brzegu panewki. Pomagając sobie dalej skrobaczką, odsłaniamy szyjkę wraz z panewką i rozwieramy szeroko hakami ranę. Teraz, orientując się co do położenia główki według szyjki, brzegu panewki oraz ustawienia kończyny (stopień odwiedzenia, zgięcia i skręcenia), przystępujemy do wydłutowania główki. Dłutujemy dokoła dłutem żłobowym; nie chodzi tu jednak o wydobywanie całej kulistości główki — musimy ją przecieć i tak po tym pomniejszyć znacznie. Dłutujemy więc odrazu z takim wyrachowaniem, by uzyskać pomniejszoną główkę kształtu zaokrąglonego walca, a nie kuli (p. rys. 14 i 20). Po wyważeniu główki od-

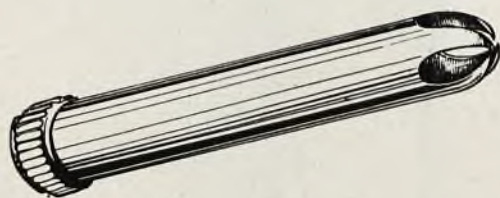


Rys. 14. Plastyka st. biodrowego. Panewka wymodelowana. Główkę modelujemy ścinając ją stopniowo aż do miejsca wykropkowanego.

ciągamy ją hakiem do tyłu (asystujący zgięta przy tym silnie kończynę w stawach kolanowych i biodrowym oraz skręca w bok) celem uzyskania dostępu do panewki. Sze-

roki dostęp do panewki uzyskujemy dopiero po odłuszczeniu torebki i blizn od szyjki k. udowej nie tylko z przodu, lecz i dokoła. Odciągając teraz hakiem kostnym nasadę k. udowej, mamy wolne pole tak do wymodelowania główki, jak i panewki.

Najpierw modelujemy główkę za pomocą wklęsłych nożyc kostnych Stillego i osteotomu żłobowego. Do pogłębienia panewki używamy przyrządu Delbeta — jest



Rys. 15. Pogłębniarka Delbeta.

to pogłębniarka, która wydrąża panewkę. Przyrząd ten składa się z serii różnego kalibru — wybieramy odpowiednią wielkość. Niektórzy chirurdzy posługują się do modelowania główki obtocznikami, a do pogłębienia panewki frezami.

Ponieważ wynik plastyki zależy w znacznym stopniu od wymodelowania główki, podkreślam wagę odpowiedniego pomniejszenia i ukształtowania główki: w trosce o dostateczną szerokość przyszłej szpary stawowej należy zmniejszyć obwód główki co najmniej o $\frac{1}{3}$ jej dawnej wielkości. Nie trzeba dążyć do nadania główce kształtu kulistego, a raczej, jak wspomnieliśmy już, wymodelować kulistość, jako zaokrąglenie walca. W modelowaniu panewki należy zachować jej prawidłową orientację na oś szyi k. udowej. Górny brzeg panewki powinien być wyrobiony w postaci dachu, jak w warunkach prawidłowych.

I n t e r p o z y c j a: Po wymodelowaniu powierzchni stawowych i usunięciu wiórów kostnych przystępujemy do interpozycji. Jako materiału używamy płata powięzi szerokiej uda, który pobieramy z tej

samej kończyny, prowadząc od środka wypukłości cięcia operacyjnego dodatkowe cięcie linijne w dół. Po podpreparowaniu

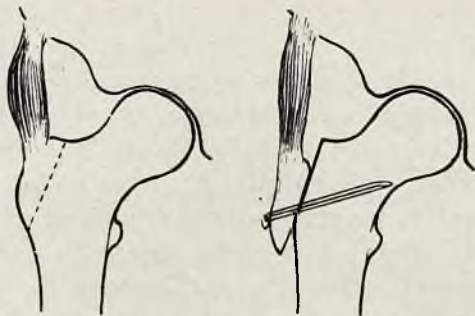


Rys. 16.

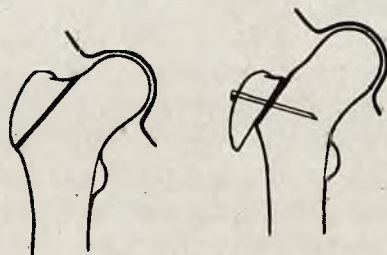
skóry wraz z tkanką tłuszczową wycinamy czworokątny płat powięzi odpowiedniej wielkości i kładziemy go na wymodelowaną główkę k. udowej, ściągając rogi płata u podstawy szyi k. udowej szwem kapciuchowym z cienkiego jedwabiu (rys. 16).

Odprowadzamy główkę do panewki. W przeważnej liczbie przypadków o zeszcyciu torebki nie ma mowy — są to strzępy tkanki bliznowatej — liczymy na powstanie typowej neartrozy. Oczywiście, przypadki, gdzie torebka stawowa jest zachowana i może być zeszyta cienkim jedwabiem, dają lepsze warunki i lepszą zwarłość stawu.

Rekonstrukcję stawu kończymy przybiciem krętarza. Po przyłożeniu oddłutowanego krętarza na miejsce, pokrywamy tym samym staw od góry szerokim płatem mięśniowym. Gdybyśmy jednak przybili krętarz ściśle anatomicznie do jego dawnej podstawy, to wobec skrócenia nasady przez wymodelowanie osłabilibyśmy mięśnie pośladkowe, ponieważ odległość pomiędzy punktami przyczepów mięśni uleg-



Rys. 17. Obniżenie krętarza w., jako zabieg samodzielny.



Rys. 18. Obniżenie krętarza w. po plastyce stawu. W celu wydłużenia szyjki krętarza w. przecięto w linii przedniej pow. szyjki.



Rys. 19. Gwoździk Lambotte'a.

ła by teraz zmniejszeniu. Aby temu zapobiec, jak również w celu wydłużenia szyi k. udowej i uzyskania szerokiego zakresu ruchów stawu, obniżamy krętarz, przybijając go nieco niżej nierdzewnym gwoździkiem Lambotte'a (rys. 17, 18 i 19).

W przednim i tylnym kącie rany przyszywamy pozostałe po wycięciu pobranego płata rogi powięzi szerokiej uda do powięzi mięśni pośladkowych; zeszywamy tkankę podskórną i skórę, wyprowadzając pomiędzy szwami sączek gumowy, sięgający w głąb rany, który usuwamy po upływie 2 — 3 dni. Sączkowanie rany po plastyce stawu jest niezbędne. W razie szczelnego zeszcycia dochodzi zwykle niepotrzebnie do nieprzyjemnych powikłań ze względu na utworzenie się krwiaka.

Po opatrzeniu rany nakładamy duży gips biodrowy w niewielkim odwiedzeniu



Rys. 20a. Zniekształcenie główki k. udowej.



Rys. 20b. Ten sam przyp. po wykonaniu częściowej plastyki.

oraz w lekkim zgięciu stawów biodrowego i kolanowego.

Leczenie następowe jest równie ważne, jak zabieg. Od metodycznego prowadzenia leczenia pooperacyjnego zależy w znacznym stopniu ruchomość stawu i jego zakres. W 2 tygodnie po zabiegu zdejmujemy opatrunek gipsowy i usuwamy szwy (drenik gumowy usuwamy przed tym przez okienko w gipsie). Kończynę układamy na podstawie Brauna i zakładamy wyciąg, prowadząc systematycznie i stopniowo wczesne uruchamianie stawu.

Leczenie pooperacyjne można prowadzić również bez opatrunku gipsowego, stosując od razu po operacji wyciąg o niewielkim obciążeniu.

Operacje plastyczne w zwicznieniu wrodzonym stawu biodrowego: W dobie obecnej leczenie operacyjne wrodzonego zwicznienia stawu biodrowego zyskuje coraz większe prawo obywatelstwa. Podczas gdy dawniej wskazania do zabiegu dawały niemal wyłącznie przypadki zastarzałe, a

u dzieci młodszych dopiero te, w których długotrwałe nieraz leczenie zachowawcze zawiodło, dzisiaj coraz więcej szkół chirurgicznych skłania się do stawiania pierwotnych wskazań operacyjnych. Należą tu przede wszystkim przypadki, gdzie doświadczenie dotychczasowe pozwala przypuszczać bezcelowość leczenia zachowawczego (coxa valga luxans, stromy brzeg panewki) oraz przypadki, które zgłaszają się do leczenia w wieku stosunkowo późnym, przeważnie z wysokim ustawieniem główki (por. Sprawozdanie z posiedzenia Tow. Ortop. i Traumat., Chir. Pol. 1/39).

Nie tylko sprawa wskazań operacyjnych, ale i wybór metody operacyjnej w leczeniu wrodzonych zwicznień stawu biodrowego nie zostały jeszcze uzgodnione. Dlatego też, przedstawiając technikę operacyjną zabiegów plastycznych w zwicznieniach wrodzonych stawu biodrowego, uwzględniam w pierwszy rzędzie te metody, które przyjąłem na zasadzie własnego doświadczenia.

Ogólna zasada operacyj plastycznych w zwichnięciu stawu biodrowego polega na takim ukształtowaniu stosunków anatomicznych, żeby bodźce statyczne dały po operacji tendencję przebudowy stawu w kierunku fizjologicznym. Mamy przecież do czynienia ze stawem niezupełnie jeszcze wykształconym, który i w warunkach prawidłowych znajduje się dopiero w trakcie przebudowy. A zatem pierwszym zadaniem operacji jest odprowadzenie główki do panewki, drugim zabezpieczenie utrzymania takiego stanu aż do chwili reparacyjnej przebudowy stawu.

W przypadkach, gdzie po otwarciu stawu odprowadzenie główki nie napotyka na większe przeszkody, zadanie nasze po nastawieniu polegać będzie na utworzeniu daszka dla zaryglowania powrotnej drogi zwichnięcia. W przypadkach o dużym przemieszczeniu, odprowadzenie główki do panewki może być albo wręcz niewykonalne wskutek znacznego przykurczenia mięśni, albo możliwe jedynie kosztem nadmiernego urazu tkanek miękkich (naczynia, nerwy) oraz chrząstki powierzchni stawowych. W takich przypadkach w grę wchodzi albo skrócenie trzonu kości udowej sposobem opracowanym przez *Zahradnicka*, albo wykonanie zabiegu plastycznego powyżej właściwej panewki stawu, wreszcie zabiegi paliatywne w postaci podpierającej osteotomii.

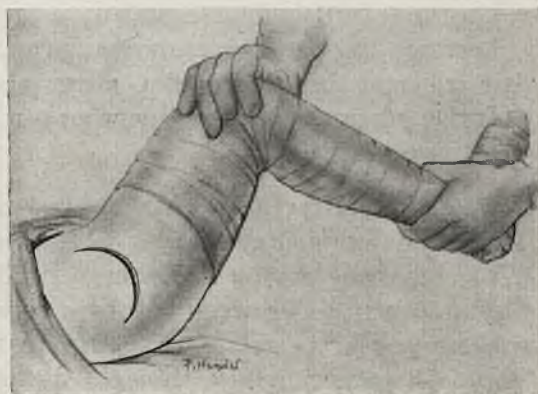
Techniczne rozwiązanie założeń operacyjnych polega na wytworzeniu nadbudowy górnego brzegu panewki. Ten, tak zwany dach panewki, może być utworzony albo pierwotnym sposobem *Lance'a* przez odgięcie listwy kostnej talerza biodrowego, albo sposobem *Spitzky'ego* za pomocą przeszczepu kostnego wbitego po stolarsku w okolicę nadpanewkową kości biodrowej. Są to dwie zasadnicze metody, rozwinięte w chirurgii jako liczne modyfikacje.

W ostatnich latach wprowadzenie przez

Orella os purum spowodowało pewien przewrót w wielu operacjach kostnych. Nie pozostało to bez wpływu także na technikę plastyki dachu panewki. Coraz więcej chirurgów przechodzi obecnie do wbijania kłinków z os purum w celu wytworzenia dachu, zamiast odginania autoplastycznej listwy kostnej z talerza biodrowego z następujących względów: 1. stosując os purum, mamy materiał do przeszczepiania dowolnego kształtu w dowolnej ilości, 2. podparcie mechaniczne, uzyskane w dodatku już od razu po zabiegu, jest znacznie pewniejsze niż w metodzie odginania, 3. zabieg ulega wydatnie skróceniu i uproszczeniu, a co najważniejsze jest mniej kaleczący i szokujący.

Ostatnie lata przyniosły dalsze rozwinięcie zasad przywrócenia stosunków fizjologicznych stawu w kierunku przebudowy nie tylko panewki, lecz i górnej nasady kości udowej. Mianowicie, dla przypadków większych odchyśleń od budowy prawidłowej (znaczna antetorsja, nadmierna koślawość) *Zahradnick* wprowadził nową metodę operacyjną korekcji wadliwych ustawień za pomocą osteotomii derotacyjnej i resekcji klinowej.

Plastyka dachu panewki przy użyciu kłinków z os purum: Ułożenie choroego na boku zdrowym, jak do plastyki stawu biodrowego (rys. 21). Jeden z asy-

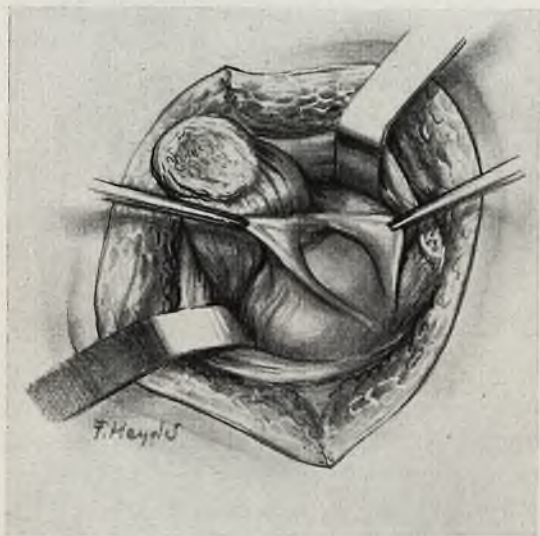


Rys. 21.

stujących, przeznaczony do kończyny, trzyma ją w zgięciu stawów biodrowego i kolanowego, wypinając krętarz większy. Otwarcie stawu z cięcia półkolistego bocznego z oddłutowaniem krętarza większego; przy odbijaniu krętarza należy pamiętać o tym, że odległość pomiędzy krętarzem a główką jest u dzieci nieznaczna; przy nieostrożnym oddzielaniu krętarza łatwo uszkodzić główkę. U małych dzieci możemy odciąć krętarz nożem bez użycia dłuta. Po odchyleniu krętarza wraz z płą-

lub bliznowato zmienioną torebkę, uwalniamy szyjkę przecinając napięte pasma, a po uwolnieniu nasady przystępujemy do nastawienia zwichnięcia (rys. 23).

Operujący wkłada pod główkę mocną szpatułkę, opierając jej koniec o kant panewki; główka wślizguje się po łyżce do stawu przy zgodnej akcji operującego, który podważa i unosi łyżką główkę, oraz asystującego, który pociąga, odwodzi i skręca kończynę. Akt ten przebiega na ogół gładko — wyjątek stanowią zwich-



Rys. 22.



Rys. 23.

tem mięśni, który łatwo oddzielić od torebki, nacinamy ją poprzecznie (ryc. 22); asystujący za pomocą zgięcia i skręcenia kończyny wyłania z łatwością zwichniętą główkę; odciągamy ją hakiem do tyłu i w dół, uzyskując szeroki dostęp do rozciągniętego patologicznego uchyłka stawu. Po rozszerzeniu hakami worka torebki stawowej orientujemy się palcem co do położenia i stanu panewki. W razie zrostów lub interpozycji duplikatury torebki usuwamy przeszkodę, wycinając tkankę bliznowatą i uwalniamy panewkę. Jeśli podstawa szyjki jest unieruchomiona przez zrosty

nięcia wysokie. W tych razach ważne jest przygotowanie tkanek uprzednim wyciągiem (p. rys. 30 — przypadek wysokiego zwichnięcia u dziecka 7-letniego, gdzie doprowadzenie krwawe udało się od razu po uprzednim 3-tygodniowym przygotowaniu wyciągiem).

Teraz przystępujemy do właściwego aktu pozatorebkowej plastyki dachu panewki. Postępowanie to ilustrują schematyczne rysunki 24, 25 i 26. Na rys. 24 widzimy stosunki torebki stawowej przed doprowadzeniem zwichnięcia: górna część torebki stawowej stanowi uchyłek - torbę,



Rys. 24



Rys. 25.



Rys. 26.

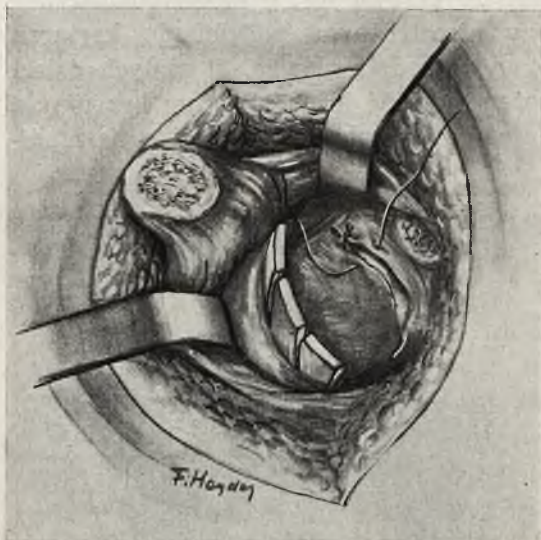
która wysoko poza brzeg panewki przyrasta na szerokiej przestrzeni do talerza biodrowego; dolna część torebki, pociągana przez wędrującą ku górze nasadę, tworzy przez zdwojenie blaszki isthmus torebkowy, który wkleszcza się, a niekiedy przyrasta do dna panewki, uniemożliwiając odprowadzenie. Rys. 25 ilustruje stosunki po odprowadzeniu główki: górna część torebki ulega rozciągnięciu i napięciu, które przeciwdziała utrzymaniu główki w panewce. Napięcie to, poza siłą wyważającą, jaką wywiera na odprowadzoną główkę, hamuje w dodatku w znacznym stopniu przywiedzenie, a przyrośnięta torebka pokrywa pole nadpanewkowe, które musi być odsłonięte dla wbicia klinków. Odluszczaemy więc skrobaczką torebkę wraz z okostną od góry aż do brzegu panewki, odsłaniając kość (rys. 26).



Rys. 27. Klinki z os purum i gwoździł kostny do przybicia krętarza w.

Po odsłonięciu brzegu wbijamy dokoła w postaci półkolistej palisady zazwyczaj trzy klinki, rozmieszczając je od przodu, i od tyłu (rys. 27). Klinki wbijamy w szcze-

liny przygotowane przed tym dłutkiem; należy je wbić młotkiem po stolarsku tak mocno, żeby już bezpośrednio po zabiegu stanowiły zaporę dla główki. Klinki te powinny wystawać 2 do 2½ cm ponad poziom kości; wbijamy je lekko skośnie, tak by



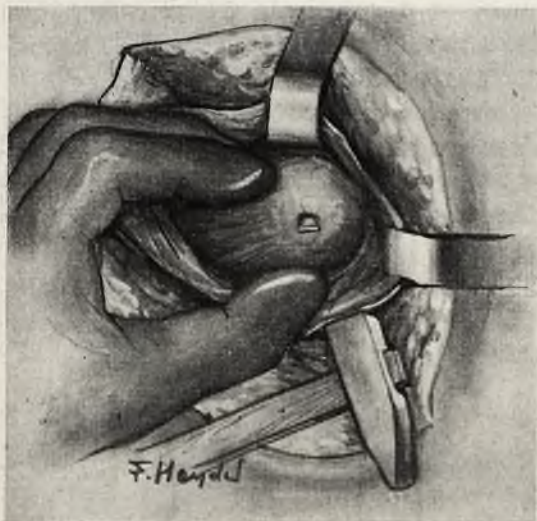
Rys. 28.

tworzyły palisadę pochyłą do główki (rys. 28). Używane przez nas klinki mają kształt i wymiary końców średniej wielkości dłuta¹⁾.

Po wbiciu klinków asystujący wykonuje kończyną ruchy zgięcia, prostowania, przywiedzenia oraz obrotowe celem sprawdzenia, czy klinki nie są za wysokie, po czym przystępujemy do rekonstrukcji. Zeszyście przeciętej poprzecznie przy otwar-

¹⁾ Klinki wypilowujemy z istoty zbitiej świeżej kości wołu, a po obróbce odbiałczamy i odluszczaemy przez trzykrotne gotowanie po dwie godziny w wodzie destylowanej z dodatkiem sody. Acetonu do odluszczenia według przepisu *Orella* nie używamy, ponieważ po takim przygotowaniu kość jest zbyt krucha. Zamiast tego lepiej przechowywać klinki po wygotowaniu w 70% alkoholu. Do operacji wyjąłwamy klinki wraz z narzędziami.

ciu stawu torebki nie jest konieczne, jeżeli brzegi jej po zsunięciu w dół uchyłka zbliżyły się samoistnie. Po przyłożeniu krętarza do jego podstawy przybijamy go



Rys. 29.

nałożeniu opatrunku na ranę nakładamy duży gips biodrowy w odwiedzeniu, zgięciu i skręceniu do środka.

Leczenie pooperacyjne: Opatrunek gipsowy trzymamy przez 6 tygodni, po czym zdejmujemy go i nakładamy wyciąg plasterowy. Na wyciągu dziecko siada, odwodzi i przywodzi kończyny. Obciążamy zależnie od sytuacji i zdjęć kontrolnych, przeciętnie po upływie 2 — 3 miesięcy po operacji. Do tego czasu pod wpływem gimnastyki w łóżku następuje powrót ruchów stawu i wzmocnienie mięśni.

Operacja Zahradnicka: Wspomnieliśmy już, że w niektórych przypadkach wysokich zwichnięć odprowadzenie główki do panewki jest niewykonalne. Dla takich przypadków *Zahradnick* opracował metodę resekcji nasady k. udowej. Po odciągnięciu hakami dolnego brzegu rany w dół udostępniamy górną nasadę k. udowej i po wyszkieletowaniu przecinamy ją skośnie w linii przezkrętarzowej od szczytu krętarza większego w dół do punktu poniżej



Rys. 30-a — przed zabiegiem.

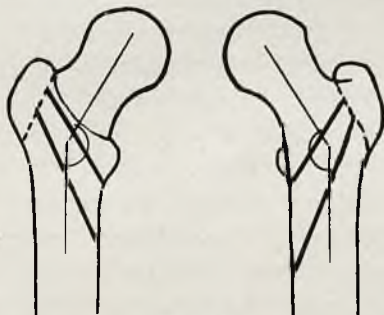


Rys. 30b. — po zabiegu.

gwoździem kostnym z os purum, wierząc uprzednio kanał wiertłem Wolszczana (rys. 29 i 30). Zeszywamy powięź szwami jedwabnymi, a skórę silkiem. Sączek gumowy zostawiamy tylko u starszych dzieci. Po

krętarza mniejszego. Z dolnego fragmentu k. udowej ścinamy około 2 cm., skracając nasadę. Zabieg ten nazywa *Zahradnick* osteotomią derotacyjną, chodzi bowiem o takie ukształtowanie płaszczyzn przecię-

cia, by po przyłożeniu ich do siebie uzyskać zniesienie antetorsji, a tym samym zorientować oś szyi k. udowej na panewkę, a więc przywrócić właściwy kierunek i płaszczyznę obciążenia stawu, poprawiając warunki statyczne²⁾. W razie koślawości biodra ukośne linie przecięcia, górną i dolną, prowadzi *Zahradnicek* nie równolegle, a pod kątem (rys. 31), tak by po przyłożeniu powierzchni przecięcia znieść nie tylko antetorsję, lecz zmniejszyć zarazem kąt szyjkowo-trzonowy, tj. usunąć koślawość. W ten sposób operacja *Zahradnicka* spełnia podwójne zadanie: 1. przez resekcję



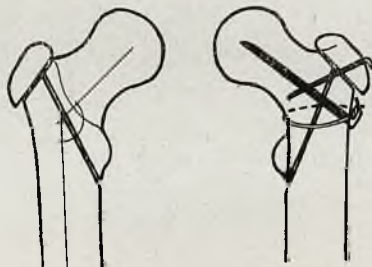
Rys. 31.

nasady umożliwia łatwe odprowadzenie główki w zwichnięciach wysokich bez ryzyka uszkodzenia części miękkich i chrząstki, 2. przez operacyjne usunięcie antetorsji i koślawości daje całkowitą przebudowę tam, gdzie wadliwe stosunki nasady nie dają szans na przebudowę samoistną.

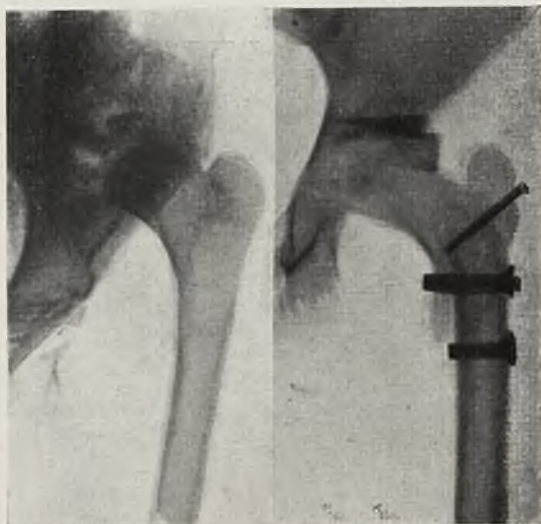
Technika operacji *Zahradnicka* różni się od opisanej plastyki dachu panewki zasadniczo tylko dodatkowym aktem — osteotomią i resekcją. Kość przecinamy piłką Gigli'ego lub tarczową, kształtując płaszczyzny przecięcia górnego i dolnego fragmentu stosownie do założeń przebudowy. Po przecięciu kości odłam górny trzyma się na torebce, więzadłach oraz mięśniach, przyczepiających się do linii międzykrętarzowej i krętarza mniejszego. Ponieważ po przecięciu trzonu kości udo-

wej opór mięśni przywodzących odpada, przeto obniżenie górnego fragmentu i wprowadzenie główki do panewki nie przedstawia żadnych trudności. Po skróceniu nasady przystępujemy do adaptacji odłamków i zespolenia ich w całkowitym styku powierzchni przecięcia. Jest to najkłopotliwszy akt zabiegu.

Zahradnicek używa do zespolenia długiego gwoźdźcia i drutu (rys. 32). W naszych przypadkach wykonywaliśmy cerclage wstążkami (rys. 33); postępowanie



Rys. 32.



Rys. 33. Przyp. osteotomii derotacyjnej z resekcją u 12-letniej chorej z wysokim zwichnięciem. Dodatkowo pogłębienie panewki i plastyka dachu.

takie nie tylko zapewnia dobre zespolenie, lecz adaptuje również automatycznie odłamki w trakcie dociągania wstążek.

Niektórzy chirurdzy wzięli z operacji *Zahradnicka* jedynie resekcję, odstępując

²⁾ Uzyskujemy to, wycinając klin o szerszej podstawie tylniej ściany.

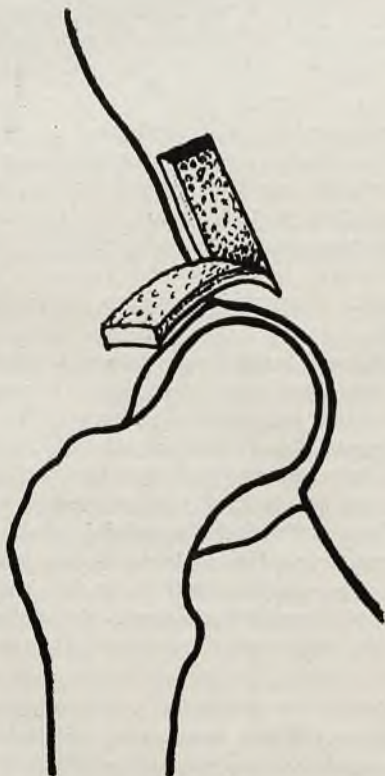
od przebudowy nasady. Resekcja dotyczy wówczas podkrętarzowej części trzonu i ma na celu jedynie umożliwienie nastawienia bez urazu części miękkich. Dokonują oni albo resekcji poprzecznej, zespalać odłamki kołkiem z os purum, wprowadzonym do jam szpikowych, albo zespalać je drutem po nadaniu im kształtu schodka. Operacja *Zahradnicka* nie jest wskazana u dorosłych, gdyż prowadzi bardzo często do sztywności stawu, a jest zabiegiem u dorosłych b. ciężkim.

Plastyka dachu panewki z odchylonej blaszki talerza biodrowego: Szkoły francuska i angielska przyjęły podaną przez *Lance'a* plastykę dachu z odchylonej blaszki talerza biodrowego. Do operacji tej stosują cięcie *Smith - Petersena* (p. Cz. I), które daje dostęp do główki i panewki głównie od góry i od przodu. Plastyka ta, jako pozatorebkowa i pozastawowa, wymaga uprzednio nastawienia bezkrwawe-

go; jest ona w zasadzie uzupełnieniem leczenia zachowawczego w tych przypadkach, gdzie zwinięcie daje się odprowadzić bezkrwawo, ale nie udaje się utrzymać główki w panewce z powodu jej stromości. Zdaniem moim plastyka dachu panewki z cięcia bocznego z nastawieniem krwawym i użyciem klinków ma wyższość nad zabiegami typu *Lance'a*, w których podparcie nie jest tak pewne, i które dają nieraz w wyniku ostatecznym utrwalenie nadwichnięcia wskutek złej sytuacji daszka.

Wyda mi się, że wprowadzenie do operacji kostnych os purum, które zresztą wpłynęło już na zmodyfikowanie pierwotnej techniki (wielu chirurgów podpira kołkiem z os purum odgiętą blaszkę) odbierze w swym dalszym pochodzie metodzie *Lance'a* jej uprzywilejowanie do niedawna stanowisko.

Inne zabiegi plastyczne stawu biodrowego: Kończąc omówienie zasadniczych operacji plastycznych, wspomnieć należy, że



Rys. 34. Operacja *Lance'a*.



Rys. 35. Plastyka wtórnej panewki w przypadku wysokiego wr. zwinięcia u osoby dorosłej. Lepszy wynik czynnościowy dałaby osteotomia.

w przypadkach nieodprowadzalnych zwichnąć stawu biodrowego niektórzy chirurdzy stosują plastyki paliatywne: 1. pogłębienie wtórnej panewki na talerzu biodrowym (rys. 35), 2. utworzenie za pomocą przeszczepu podparcia dla przemieszczonej główki na talerzu biodrowym.

Metod tych nie omawiam szerzej, ponie-

waż na materiale własnym przekonałem się, że u dorosłych wartość ich jest problematyczna i że ustępują one pod względem wyników czynnościowych osteotomii podpierającej. U dzieci operacja *Zahradnicka* zastąpiła obecnie metody paliatywne.

(Dok. nastąpi).

P O S I E D Z E N I A

POSIEDZENIE KLINICZNE TOWARZYSTWA CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO

w I Klinice Chirurgicznej U. J. P. dnia 20 lutego 1939 r.

Dr A. Wertheim:

ZAMKNIĘCIE ODBYTU SZTUCZNEGO.

(streszczenie własne).

Zamknięcie odbytu wytworzonego sztucznie w ścianie brzusznej w zasadzie nie nastręcza większych trudności. Po okrajaniu skóry dookoła obu otworów jelita i po dotarciu do wolnej jany brzusznej wyodrębniamy oba ramiona pętli jelita i już to dokonywamy rozległej resekcji obu końców z następczym zespoleniem, już też — o ile pozostała po pierwszym akcie operacyjnym tzw. ostroga jest niezbyt wysoka albo też została uprzednio zniesiona przy pomocy enterotribu — ograniczamy się do oświeżenia brzegów jelita i zespolenia obu światła. Ten ostatni sposób jest niewątpliwie prostszy i dla chorego bezpieczniejszy, ale wykonalny jedynie pod warunkiem uprzedniego zniesienia ostrogi enterotribem lub też zniesienia, względnie zmniejszenia jej doraźnie, podczas samego zabiegu. O tej ostatniej ewentualności zamierzam słów parę powiedzieć na tle przypadku nowotworu esicy, operowanego przeze mnie dwuczасowo.

Chorą, którą przedstawiam, operowałem po raz pierwszy w lipcu 1938 r., wyłaniając esicę wraz z nowotworem okrężnie zwężającym światło. Oba ramiona pętli zostały zbliżone do siebie u podstawy na dość dużej przestrzeni i to nie linijnie, ale szeroko, płaszczyznami, pomiędzy dwiema taśmami.

Po 5 dniach pętlę wraz z guzem i nacieczoną kreskę odpalono. Nastąpiła szybka poprawa stanu ogólnego. Po 10 dniach przystąpiłem do prób

zmniejszenia dość wysokiej ostrogi za pomocą starego enterotribu Dupuytren'a, jednakże na tej drodze nie udało mi się całkowicie osiągnąć zamierzonego celu. A tymczasem trzeba było zbędny już i przykry odbyt sztuczny zamknąć.

Przystąpiłem przeto 10.XI 38 r. do operacji. Po dotarciu do wolnej jamy brzusznej i wyłonieniu obu ramion okazało się, że pozostała jeszcze ostroga stanowiłaby poważną przeszkodę dla krążenia kału. Należało ją tedy znieść — i tu uciekłem się do bardzo prostej metody podanej już dość dawno przez paryskiego chirurga *Anzelmu Schwartz'a*, a opartej o jeszcze starszy pomysł *Richelota*.

Bieg operacji polega na wycięciu z ostrogi klina, którego wysokość odpowiada $\frac{1}{4}$ wysokości ostrogi; dalej ku podstawie ostrogi idzie tylko cięcie linijne. Brzegi cięć zespala się szeregiem szwów. Chwył ten od razu przywraca niejako ciągłość kręzkowej ściany jelita, znosząc ostrogę, i umożliwia zamknięcie przedniej ściany jelita. W naszym przypadku udało się to bez trudności. Przebieg pooperacyjny powikłany był ropieniem powłok. Dziś pozostała jeszcze niezagojona powierzchnia. Stan ogólny i drożność jelita zadowalające.

Na zakończenie dodam, że podany wyżej szczegół techniczny można zastosować również bezpośrednio po odcięciu wylonionej pętli, oszczędzając choremu późniejszych prób z enterotribem.

Dyskusja:

Dr Czarkowski zapytuje, dlaczego nie udało się w tym przypadku zlikwidować ostrogi enterotribem; osobiście przy użyciu enterotribu ma zawsze dobre rezultaty.

Prof. Radliński za normalne postępowanie uważa 1) założenie po wyłonieniu kiszek (nowotwór, zgorzeliowa esica) dwulufowego odbytu sztucznego, 2) zmiżdżenie ostrogi zwykłym twardym klampem, który odpada po około sześciu dniach, 3) zamknięcie przetoki (już obecnie nie

odbytu sztucznego) plastiką Diffenbacha (czasem z poprawkami).

Dr Wertheim: W odpowiedzi *dr Czarkowskiemu* zaznacza, że enterotrib w danym przypadku zadania swego nie spełnił, czy to z powodu bólów u chorej, czy też z powodu niedostatecznego ucisku na ostrogę. To zmusiło do wykonania zabiegu sposobem Schwartz'a.

W odpowiedzi *prof. Radlińskiemu* stwierdza, że nie jest zwolennikiem zarzucenia metody Dupuytren'a i stosując ją przeważnie uzyskuje dobre wyniki.

Doc. J. Mossakowski:

**ZESPOLENIE ŻOŁĄDKOWO-JELITOWE POWIKŁANE WGŁOBIENIEM
PĘTLI ODPROWADZAJĄCEJ PRZEZ OTWÓR ZESPOLENIOWY DO ŻOŁĄDKA.
(Streszczenie własne)**

W końcu ubiegłego roku przywieziono na mój oddział chorego lat 41 ze skargami na silne bóle w nadbrzuszu, które wystąpiły nagle przed 3-ma dniami. Bólom towarzyszyły obfite wymioty krwawe.

Dolegliwości polegające na odczuwaniu bólów po jedzeniu, ma od kilkunastu lat i ta okoliczność skłoniła go przed 10-ciu laty do poddania się operacji w jednym ze stołecznych oddziałów chirurgicznych. W ciągu krótkiego czasu po zabiegu chory czuł się nieźle. Wkrótce jednak wróciły wszystkie poprzednie dolegliwości, a co gorsza od czasu do czasu zjawiały się uporczywe wymioty, zwłaszcza po obfitym posiłku. Dolegliwości te trwały do ostatnich czasów ze zmiennym nasileniem. Krwi w wymiotach nigdy dotąd nie zauważył. Przed wystąpieniem objawów żołądkowych na nie nie chorował. Wywiady rodzinne bez znaczenia.

Podczas badania w oddziale chory wymiotował ciemną krwią. Ciężota ciała prawidłowa, tętno 80, miarowe, dobrze napięte. Brzuch zapadnięty, niebolesny z wyjątkiem nadbrzusza, w którym stwierdza się żywe bóle samoistne o charakterze napadowym. Bólom, według słów chorego „zarzynającym”, towarzyszy stawianie się żołądka w postaci okresowo zjawiającego się guza w kącie między linią środkową a lewym łukiem żebrowym. Rozpoznano krwotok z wrzodu żołądka i, nie znajdując wskazań — wobec dobrego ogólnego stanu chorego — do natychmiastowej interwencji, zajęto choremu spokój, łód na okolicę nadbrzusza, powstrzymanie się od pokarmów oraz pozajelitowe podawanie środków przeciwwkrwotocznych. Krwotoki jednak nie ustąpiły, wobec tego na drugi dzień przetoczono krew w ilości 300 cm³ i powtórzono ten zabieg dnia następnego.

Po przetoczeniach krwotoki wyraźnie się zmniejszyły, wymioty treścią fusowatą stały się rzadsze, pozostały jednak napadowe, zarzynające bóle nadbrzusza z charakterystycznym stawianiem się.

Wobec pogarszania się stanu ogólnego przystąpiono do operacji z ogólnikowym rozpoznaniem wysokiej niedrożności, powikłanej krwotokiem żołądkowym. Usiłowania zdobycia informacji co do poprzednio przebytej operacji nie dały żadnego wyniku.

Po utworzeniu jamy brzusznej oglądaniem nie stwierdzono na żołądku żadnych zmian, natomiast obmacywanie dawało wrażenie, że jest on wypełniony jakimś ciałem obcym, miękkim, nieco w świetle żołądka przesuwalnym. Nie stwierdzono w jamie brzusznej objawów zapalenia otrzewnej. Po wyłonieniu i uniesieniu do góry okrężnicy wraz z siecią, nieco powyżej podstawy krezki poprzecznej znaleziono kłęb pozrastanych ze sobą jelit cienkich, w którym trudno się było zorientować. Dopiero po rozdzieleniu z wielką trudnością zrostów widoczne było, że wykonano tu zespolenie żołądkowo-jelitowe.

Po dłuższym poszukiwaniu pętli zespolonego z żołądkiem jelita przekonano się, że jedna z pętli uległa wgłobieniu przez otwór zespoleniowy do żołądka, tworząc w nim wspomniane ciało obce, wyczuwalne poprzez jego ściany. Pociągając za tę pętlę przy jednoczesnym wygniataniu przez asystenta żołądka, udało się jelito wraz z kreską odgłobić. Długość inwaginatu wynosiła około 50 cm. Dopiero teraz można się było przekonać, że odgłobiona pętla była odcinkiem odprowadzającym, że wykonano tutaj zespolenie tylne zakątnicze z długą pętlą jelita cienkiego antiperystaltycznie. Wobec względnie dobrego stanu pe-

tli wgłobionej założono między nią i pętlą doprowadzającą zespolenie Brauna. Jamę brzuszną zaszyto szczelnie. Po operacji krwotoki, bóle i wymioty ustąpiły natychmiast i chory czuł się bardzo dobrze. Dopiero 6-go dnia wystąpiły objawy zapalenia otrzewnej, a 8-go dnia nastąpiło zejście śmiertelne.

Badanie pośmiertne ustaliło przyczynę zgonu. Zespolenie pomiędzy pętlami jelit było szczelne i nie mogło być powodem zapalenia otrzewnej, natomiast w jednym miejscu jelita odprowadzającego, prawdopodobnie w tym, które było najwięcej podczas wgłobienia uciśnięte w otworze zespoleniowym, stwierdzono głębokie, nie przekraczające jednak surowicówki owrzodzenie, które mogło stanowić wrota zakażenia otrzewnej na drodze dyfuzji przez pozornie niezmienną surowicówkę. Jest rzeczą również możliwą, że punktem wyjścia zakażenia była wgłobiona pętla, upośledzona w odżywianiu wskutek długotrwałego uciśnięcia i przebywania w żołądku. Ocena zmian w kiszce podczas operacji była trudna, dlatego licząc się z ciężkim stanem chorego wykonano tylko odgłobienie i zespolenie, a to tym bardziej, że jak wspomniałem, zarówno na kreście jak i na odcinku wgłobionym wyraźnych zmian nie zauważyłem.

Zmiany stwierdzone podczas badania pośmiertnego dowodziły, że wcześniejsze wykonanie operacji uratowałoby chorego. Usprawiedliwieniem jednak opóźnienia zabiegu była okoliczność, że tego rodzaju powikłań po operacjach na żołądku ani z własnego ani z cudzego doświadczenia nie znałem, że na pierwszy plan obrazu klinicznego u chorego z wywiadami żołądkowymi występowały krwotoki, które, o ile nie wywołują obawy skrwawienia się, nie wymagają natychmiastowej interwencji.

Przypadek ten należy do niezmiernie rzadkich. W piśmiennictwie dotychczas tego rodzaju powikłania nie spotkałem.

Wytłumaczenie mechanizmu powstania tych zmian jest tak samo trudne, jak mechanizmu wgłobień w ogóle. Zresztą podobieństwo pomiędzy przedstawionym powikłaniem a wgłobieniami kiszkowymi jest dosyć odległe, bowiem podczas gdy przy wgłobieniach jelitowych mamy do czynienia z wgłobieniem odcinka кишки do niżej leżącej, fi-

zjologicznie istniejącej cewki jelitowej, w przypadku demonstrowanym chodzi o wgłobienie pętli jelita do żołądka przez otwór sztucznie wytworzony przy operacji.

Nie ulega wątpliwości, że punktem wyjścia tego powikłania były dwa czynniki: wadliwie funkcjonujące zespolenie i rozległe zrosty w okolicy zespolenia, jako następstwo miejscowego, pocpacyjnego zapalenia otrzewnej. Oba te czynniki wywołały zaburzenia w krążeniu treści pokarmowej w postaci przewlekłego błędnego koła (*circulus vitiosus*). Następstwem tego były częste uporczywe wymioty, podczas których, dzięki ssącemu działaniu żołądka unieruchomionego w okolicy zespolenia przez zrosty, mogło przyjść do wynicowania i wciągnięcia w obręb jego jamy stosunkowo dość ruchomej odprowadzającej pętli jelita.

Dyskusja:

Dr Sokolowski przed 15-tu laty operował przypadek, w którym do żołądka wgłobiła się cała anastomoza wraz z pętlami jelita cienkiego; resekował wówczas całe połączenie i wykonał nowe. Przebieg pooperacyjny był dobry, chory jednak zmarł z powodu zapalenia płuc.

Doc. Butkiewicz: Przyczyną demonstrowanego powikłania było źle wykonane zespolenie żołądkowo-jelitowe.

Przy sposobności porusza sprawę interwencji chirurgicznej w przypadkach krwotoków żołądkowych. Uważa, że jeżeli chirurg nie może rozpoznać z jakim krwotokiem ma do czynienia, powinien natychmiast operować; osobiście jest zwolennikiem jak najszybszej interwencji w krwotokach żołądkowych. Proponuje poruszyć tę sprawę w specjalnym referacie na jednym z przyszłych posiedzeń.

Dr Czarkowski uważa, że w tym przypadku rzeczywiście trudno było się zorientować kiedy wykonać operację; operacja wcześniej wykonana prawdopodobnie uratowałaby chorego.

Dr Janik ma wątpliwości, czy płyn w żołądku nie był po prostu płynem zastoinowym wskutek niedrożności jelita cienkiego.

Doc. Szerszyński: W przypadkach krwotoków żołądka pewien namysł jest konieczny, gdyż może się zdarzyć, że przyczyną takiego krwotoku jest np. marskość wątroby.

Dr J. Szulc:

KILKA PRZYPADKÓW ZASTARZAŁYCH I ŹLE ZROŚNIĘTYCH ZŁAMAŃ, Z BIEŻĄCEGO MATERIAŁU INSTYTUTU CHIRURGII URAZOWEJ. (Streszczenie własne).

Przedstawione przypadki są godne uwagi nie tylko ze względu na trudności związane z ich le-

czeniu, lecz także na okoliczności uprzedniego ich przebiegu, jakie podają w wywiadach.

Przyp. 1. G. J. lat 50, przejechany przez samochód, doznał złamania kości podudzia lewego. Bezpośrednio po wypadku przewieziony do szpitala stołecznego, gdzie złamanie nastawiono i podudzie ujęto w gips na wacie sięgający do kolana. Po 11 dniach wypisany ze szpitala z zaleceniem zgłoszenia się do zdjęcia gipsu po 8 tygodniach. W 7. tyg. choroby lekarz domowy U. S. skierował chorego do Instytutu celem zdjęcia gipsu i kontroli. Klinicznie stwierdza się: podudzie lewe silnie wygięte na valgus; zaniki mięśniowe; w połowie długości trzonów k. podudzia wyczuwa się schodkowate przemieszczenie odłamów i całkowitą ruchomość w ognisku złamania. Skóra nad odłami ścięczała, pokryta wypryskiem i nadżerkami. Rentgenologicznie (rys. 1): zastarzałe złamanie



Rys. 1.

Rys. 2a, b.

obu kości podudzia z przemieszczeniem osiowym i do boku oraz ze skróceniem.

Po wyleczeniu skóry przy prowizorycznym unieruchomieniu na tylnej szynie gipsowej od palców do połowy uda, złamanie nastawiono, posługując się wyciągiem bezpośrednim za guz kości piętowej drutem i klamrą Kirschnera. Nałożono gips szczelny, długi, poza kolano, wgipso- wując klamrę wyciągową. Ustawienie utrzymuje się niezmiennie od 7-miu tygodni (rys. 2).

W przypadku tym chory, pomimo niedostatecznego unieruchomienia i kontroli, uniknął konieczności krwawej repozycji dzięki temu, że wtórne przemieszczenie było duże, wiek podeszły, a stąd i mała skłonność do wytworzenia kostniny, która by utrwalała odłamki w pozycji wadliwej.

Przyp. 2. O. J., lat 37 — bezpośrednio po upadku z 4-go piętra, przy którym doznał złamania kręgosłupa lędźwiowego i kości obu podudzi, przewieziony do szpitala stołecznego, gdzie był leczony w ciągu 11 tygodni. Jak podaje, miał zeszytą ranę na podudziu prawym i nogę ujętą w gips poza kolano. Podudzie lewe unieruchomione było w łupkach przez czas pobytu w szpitalu. Kręgosłup lędźwiowy redresowany był przez 4 tygodnie na wałku. Dalsze 5 tygodni leżał w łóżeczku gipsowym, po czym przez 3 dni leżał w gorsecie gipsowym. Po 11-tu tygodniach odwieziony do dalszego leżenia w domu, bez gorsetu.

Klinicznie: kręgosłup lędźwiowy wykazuje brak fizjologicznej lordozy. Bolesność przy ruchach i przenośna w okolicy $L_1 - L_2$, gdzie też wyczuwa się lekki garb. Ma trudności z oddawaniem moczu, ciepłota podgorączkowa. Podudzie prawe ponad kostkami zlekka wygięte na varus. Mierne zaniki mięśniowe, ograniczenie ruchów w stawie kolanowym i skokowym. Podudzie lewe znacznie obrzmiałe w dolnej $\frac{1}{3}$ i okolicy stawu skokowego, stopa w ustawieniu wybitnie koślawym z dużymi zanikami mięśniowymi i utrwalonym całkowitym przykurczem palców w zgięciu. Ruchy w

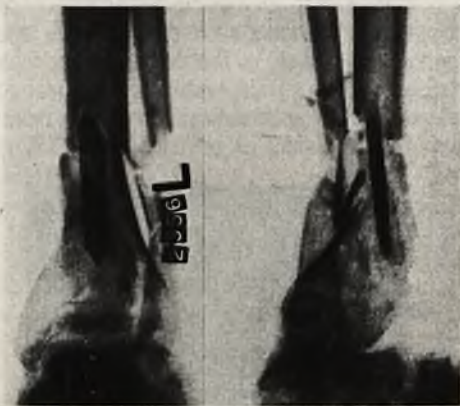


Rys. 3.

stawie kolanowym niezłe, w stawie skokowym b. ograniczone. Stwierdza się ruchomość patologiczną dolnej $\frac{1}{3}$ podudzia. Rentgenologicznie: nieodprowadzone złamanie zgniecieniowe L_2 (rys. 3),



Rys. 3.



Rys. 4.

złamanie nadkostkowe podudzia prawego zgojone w pozycji zlekka na varus; złamanie nadkostkowe lewej strzałki i dwukrotne nadkostkowe złamanie lewego piszczela, odłam pośredni ustawia się pod kątem w stosunku do odłamów pozostałych; między nim a odłamek obwodowym zrost, zaś odłamek dośrodkowym — staw rzekomy (rys. 4).

Chorego ułożono na worku z piaskiem celem redresji kręgosłupa lędźwiowego, masaż kończyny prawej. Przez guz kości piętowej lewej przewiercono drut Kirschnera i zastosowano wyciąg, przygotowując podudzie lewe do repozycji krwawej. W międzyczasie wykonano łóżecko gipsowe redresujące. Po tygodniu w znieczuleniu ogólnym wykonano osteotomię strzałki oraz wydzielono odłamy piszczela w miejscu stawu rzekomego, wyrównano je i zespolono bolcem z os pu-

rum. Sytuację, jaka była możliwa do uzyskania wobec zrostu pod kątem odłama pośredniego z obwodowym, przedstawia rys. 5.

Po 7 tygodniach w gipsie marszowym i gorsecie redresującym chory rozpoczął chodzenie, obserwowany nadal ambulatoryjnie.

Przyp. 3. S. T., lat 10 — syn rolnika, poganiając konie przy kieracie, został schwycony przez drąg transmisji i rzucony o ziemię, doznał otwartego oddzielenia dolnej nasady kości udowej lewej. Po kilku godzinach przewieziony do szpitala powiatowego, gdzie w uspieniu odłamy nastawiono i kończynę ułożono w szynie żłobowej w opatrunku. Po kilku dniach zaproponowano odjęcie kończyny, na co jednak matka się nie zgodziła. Dalsze leczenie w ciągu 7 tygodni z opatrunkami wykonywanymi 2 razy tygodniowo. Ponieważ matka w dalszym ciągu nie zgadzała się na odjęcie kończyny, zaproponowano wypisanie dziecka ze szpitala. Idąc za radą pielęgniarki szpitalnej, matka zebrała 70 zł. na taksówkę i przywiozła chorego do Warszawy. W dniu przybycia do Instytutu: chłopak budowy prawidłowej, niezłe odżywiony, b. bladej, ciepłota podgorączkowa. Kończyna lewa dolna w ułożeniu wyprostnym, bagnetowato zniekształcona w okolicy kolana i obrzękła. Na bocznej powierzchni kolana rana wielkości dłoni dziecka, o brzegach pokrytych szarą ziarniną. Poprzez ranę wystaje szara, obumarła dolna przynasada k. udowej. Zdjęcie rtg. (rys. 6) wykazuje oddzielenie dol-



Rys. 6.

nej nasady kości udowej z dużym przemieszczeniem. Na odłamie proksymalnym (wystającym z rany) zaznacza się linia demarkacyjna odcinka obumarłego.



Rys. 7.

Idąc po linii jak najbardziej zachowawczej przypadek leczono tak, jak gdyby był świeży. Obumarły odcinek wysterczającej kości resekowano w granicach kości zdrowej, po czym wykonano nastawienie i dokładne unieruchomienie w gipsie z pozostawieniem rany odsłoniętej do leczenia otwartego. Obecnie mija 8. tydzień od zabiegu, sytuację odłamów przedstawia rys. 7. Toczy się, stopniowo wygasając, sprawa ropna w ognisku złamania. Należy rokować uzyskanie kończyny sztywnej w kolanie, krótszej, ze skróceniem powiększającym się w miarę wzrostu dziecka — wobec braku przynasady.

Przyp. 4. W. K., lat 28, wieśniak kresowy, przed 9 laty doznał złamania postrzałowego prawego uda; przez 6 tyg. leżał w szpitaliku w szynie z drutów, a przez dalsze 9 miesięcy w szpitalu powiatowym w gipsie. Przez kilka miesięcy trwało jeszcze ropienie z przetok. Kończyną nie mógł się dobrze posługiwać, to też pracując jako bednarz, od 3 lat oszczędzał pieniądze na dalsze leczenie. Przybywa z prośbą o „naprostowanie” kończyny.

Chory budowy mocnej, z wyraźną lewostronną skoliozą w części lędźwiowej kręgosłupa. Chodzi na palcach nogi prawej, kołysząc miednicą. Skrócenie kończyny prawej 9 cm. Udo prawe silnie zniekształcone w sensie wygięcia na varus i ku tyłowi. Ruchy kolana w granicach kilku stopni od wyprostowania ku hyperekstensji. Zrost kostny uda w postaci dużego bloku na szczycie krzywizny, wypchnięty na zewnątrz pod skórę, tylko od strony przyśrodkowej przykryty przez mięśnie, z pozostałych stron zrośnięty ze skórą. Na skórze blizny po kilku wygojonych przetokach. Stopa skrzywiona ku wewnątrz tak, że jej oś



Rys. 8.

długa ustawia się prawie w płaszczyźnie czołowej przy prawidłowym ustawieniu proksymalnego odcinka uda. Zdjęcie rtg. (rys. 8) przedstawia stan po złamaniu skośnym k. udowej zgojonym mocną blizną kostną, z przemieszczeniem rotacyjnym i osiowym.

Wykonano osteotomię klinową z derotacją. Kończynę ujęto w gips biodrowy. Ustawienie odłamów jak na rys. 9. Przebieg pooperacyjny do



Rys. 9.

2-ch tyg. bez powikłań. Planowane jest wczesne obciążanie, a po uzyskaniu zrostu — plastyczne uruchomienie kolana.

Przyp. 5. T. J., lat 48. Przed trzema laty w wypadku motocyklowym doznał otwartego złamania obu k. podudzia lewego. Bezpośrednio po wypadku przewieziony do szpitala wojewódzkiego, gdzie leczony przez 2 miesiące przez unieruchomienie podudzia w szynach tekturowych. Przez dalsze $1\frac{1}{2}$ roku przebywał w szpitalu stołecznym, gdzie miał kilkakrotnie otwierane zacieki ropne i, jak podaje, przechodził zapalenie nerek. Po wyjściu ze szpitala chodził przez kilka miesięcy w tutorze gipsowym, po czym ponownie wrócił do szpitala, gdzie usunięto 3 martwaki. Obecnie od kilku miesięcy nie może obciążać kończyny i przybywa do Instytutu z powodu bolesności i sączących przetok na podudziu.



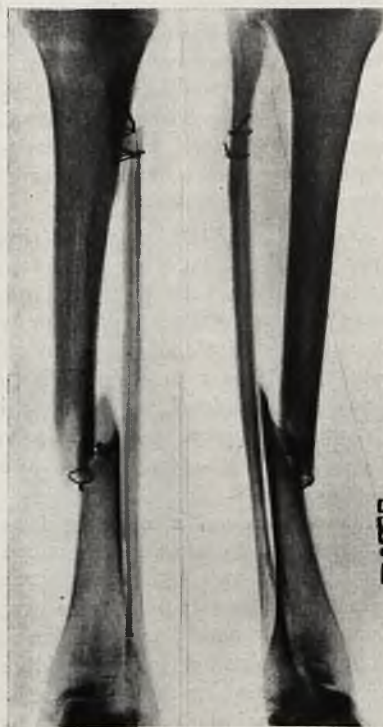
Rys. 10.

Budowy mocnej, otyły, w zakresie narządów wewn. uchwytnych zmian nie stwierdzono. Podudzie lewe silnie wygięte na varus i ku tyłowi,

nieznacznie obrzmiałe. Na szczycie sterzącego pod skórą odłama kilka małych przetok ze skąpą wydzieliną surowiczo-ropną. Rentgenologicznie (rys. 10): stan po 2-krotnym złamaniu piszczela i złamaniu strzałki. Odłam pośredni piszczela wgojony pod kątem do obu pozostałych odłamów, na szczycie dolnego jego końca rozrzedzenie (osteomyelitis).

Choremu zaproponowano poprawienie osi kończyny. Planowano resekcję ogniska zapalenia kości w granicach zdrowych, a po wygojeniu się rany osteotomię korekcyjną strzałki i piszczela na szczycie proksymalnego wygięcia między odłami. Wobec niemożności dalszego przedłużania leczenia chory na zabieg ten się nie zgodził, a ulegając jego prośbom dokonano amputacji podudzia w górnej $\frac{1}{3}$.

Przyp. 6. Z. J., lat 26 — przed $2\frac{1}{2}$ miesiącami doznała złamania obu k. podudzia lewego przy upadku z furmanki. Przewieziona do szpitala sejmikowego, gdzie w 3 dni po wypadku była operowana, po czym noga została ujęta w gips poza



Rys. 11.

kolano i pozostawała w tym gipsie przez 8 tygodni. Po zdjęciu gipsu wykonano zdjęcie rtg. i, ponieważ zrostu nie było, zaproponowano po-

wtórna operację. Chora na nią się nie zgodziła i przybyła do Instytutu.

Klinicznie: podudzie lewe wygięte do tyłu, stopa w ustawieniu końsko-szpotawym, skrzycona ku wewnątrz pod kątem 30° do płaszczyzny strzałkowej. Ku dołowi od główki kości strzałkowej blizna operacyjna długości 14 cm. Objawy całkowitego porażenia czuciowego i ruchowego w zakresie n. strzałkowego z przykurczem porażonym w zgięciu podszwowy palców i stopy. Blizna długości 10 cm na przedniej powierzchni dolnej połowy podudzia, duża ruchomość patologiczna w tym miejscu. Ruchy w stawie kolanowym w granicach kilku stopni, w stawie skokowym utrwalonym w pozycji zgięcia ruchów brak. Rtg. (rys. 11): złamanie spiralne trzonu piszczela z

przemieszczeniem ad latus, zeszyte dwoma drucikami, kostniny brak; złamanie podgłówkowe strzałki z przemieszczeniem ad latus, zespolone dwoma drucikami. Zaznacza się odokostnowy zrost strzałki.

W ostatnich dniach wykonano zabieg, polegający na bezkrwawej redresji stopy i palców, usunięciu drucików ze strzałki, osteotomii podgłówkowej strzałki, neurolizie i neurorafii przeciętego nerwu strzałkowego, usunięciu drucików i rozdutowaniu wiotkiego zrostu k. piszczelowej oraz tymczasowym unieruchomieniu w opatrunku gipsowym — dalsze leczenie będzie prowadzone za pomocą opatrunku gipsowo-dystrykcyjnego (drut wyciągowy przeprowadzony będzie przez piszczel ponadkostkowo).

Dr B. Endelman:

WYTWORZENIE SZTUCZNEJ CEWKI MOCZOWEJ U KOBIETY.

(Streszczenie własne)

Chora W. zgłosiła się do porodu na oddział położniczy Szpitala na Czystem. 31 stycznia 1938 roku pacjentka była operowana. Dokonano cięcia cesarskiego sposobem Dührsena, wymóżdżenia płodu i ręcznego usunięcia łożyska.

Przebieg pooperacyjny burzliwy i długotrwały.

Pacjentka stopniowo wracała do zdrowia. Jako ślad ciężkich przejść pozostała przetoka pęcherzowo-pochwowa z całkowitym zniszczeniem cewki moczowej. Z normalnej cewki pozostało tylko zarośnięte ujście zewnętrzne. Chora stale oddawała mocz przez otwór szerokości 1½ palca do basenu, na którym leżała w łóżku. W tym stanie chora była przeniesiona w kwietniu 1938 r. na oddział *dra Wertheima*.

7 kwietnia cięciem nadłonowym otworzyłem pęcherz moczowy i wprowadziłem cewnik Pezzera. Następnie po oświeżeniu brzegów przetoki i odseparowaniu ściany pęcherza od błony śluzowej pochwy zeszyłem każdą z tych warstw oddzielnie. Przebieg pooperacyjny gładki. W miejscu zaszyciej przetoki pozostał jednak niewielki otwór, przez który wydostawał się kwas borny po rozciągnięciu pęcherza powyżej 150 cm³. 19 lipca wkroczyłem powtórnie, wycięłem brzegi tej wąskiej przetoczki i zaszyłem oddzielnie otwór w pęcherzu i oddzielnie ścianę pochwy. Mielśmy obecnie całkowicie zamknięty rezerwuar moczu z jedynym wylotem ponad spojeniem łonowym (w miejscu Pezzera).

Dnia 4 lipca przystąpiłem do ostatniego momentu operacyjnego — do wytworzenia sztucznej cewki moczowej.

Przez rozszerzony otwór nadłonowy wprowa-

dziłem wskaziciel lewy do pęcherza moczowego i oparłem go w przestrzeni międzymoczowodowej. Następnie mocno wygięty trójgraniec wbiliem na lewo od dawnego wylotu cewki i idąc pod spojeniem łonowym w kierunku tkwiącego w pęcherzu palca, przeprowadziłem trójgraniec w przestrzeni międzymoczowodowej. Pochwę trójgrania uchwyciłem mocno wygiętym klampem, wprowadzonym do pęcherza przez otwór nadłonowy, i stopniowo wyprowadziłem go na zewnątrz do pochwy przez kanał, wytworzony przez uprzednio wbity trójgraniec. Następnie klampem uchwyciłem cewnik gumowy Nelatona Nr 24 Ch.; przeciągnęłem go do pęcherza i umocowałem na stałe w odpowiedniej pozycji. Do otworu nad spojeniem łonowym wprowadziłem cewnik Pezzera. Po zabiegu pęcherz moczowy miał dwa otwory — otwór górny z Pezzerelem i dolny z cewnikiem Nelatona.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Po 14 dniach usunąłem cewnik Nelatona i gdy sprawdziłem, że przez ten czas wytworzył się kanał, przez który z łatwością udaje się przeprowadzić gumowe i metalowe cewniki, umocowałem powtórnie cewnik gumowy od dołu na stałe, a Pezzera usunąłem celem ostatecznego zamknięcia przetoki nadłonowej. Przetoka ta jednak od czasu do czasu otwierała się. Po wyskrobaniu jej brzegów udało się usunąć i to drobne powikłanie.

Ostateczny wynik opisanego zabiegu jest doskonały. Chora ma nie tylko nową cewkę moczową, lecz — co jest najważniejsze — ma całkowite trzymanie moczu i pełne panowanie nad no-

wowytworzonym zwieraczem. Zabieg został podany przed kilku laty przez *prof. Marion* i jest genialny w swojej prostocie.

Marion wykonał tym sposobem w swojej klinice 6 zabiegów — wszystkie z wynikiem dodatnim. Nowowytworzona cewka moczowa ma skłonność do kurczenia się, należy więc często ją rozszerzać celem utrwalenia odpowiedniego kalibru (Nr 18 Ch.). Opisany przypadek zasługuje na uwagę z dwóch powodów: po pierwsze — przekreśla on wszystkie dotychczasowe bardzo trudne zabiegi plastyczne. Wystarczy przeprowadzić ciało obce przez tkanki znajdujące się pomiędzy dwiema warstwami błony śluzowej, a śluzówka wrasta z czasem do nowego kanału, wyściela jego ściany i nie pozwala na zarośnięcie. Zbyteczne jest wszczepianie płatów śluzówkowych i owijanie nimi wprowadzanego cewnika, jak to poprzednio *Marion* zalecał.

Po drugie — po zabiegu wytwórczym następuje całkowite trzymanie moczu i panowanie nad fizjologiczną czynnością pęcherza. Wytwarza się nowy zwieracz, który pozwala na wykonywanie wszystkich wewnątrzpęcherzowych zabiegów (wziernikowanie, miażdżenie kamieni itp.).

Trzymanie moczu znika w schorzeniach rdzenia, jak *Marion* miał możność spostrzegania w jednym przypadku. Nowy zwieracz podlega więc tym samym chorobom, co zwieracz normalny.

Dyskusja:

Doc. Szerszyński przed miesiącem wykonał podobną operację i ma wrażenie, że otrzyma także dobry wynik. Uważa, że jest to bardzo łatwa i dobra metoda. Co do mechanizmu działania zwieracza, to ma wrażenie, że mocz trzyma się w pęcherzu dlatego, iż po pierwsze, przebieg cewki jest bardzo wygięty wskutek analogicznego kształtu trójkąta, po drugie — możliwe jest, że głównym momentem jest tu zbliźnowacenie tkanek.

Dr Traczyk w czasie swego pobytu w klinice *Mariona* obserwował dwa przypadki wówczas tam operowane i widział, że początkowe wyniki nie były pomyślne, gdyż pojemność pęcherza była mała i tworzyły się kamienie. Ostateczny wynik był jednak dostateczny, jednak nie w tym stopniu, jak przedstawił referent.

Dr Endelman: W przypadku tym pojemność pęcherza wynosi około 300 cm³.

Na zakończenie *doc. Butkiewicz* wygłosił odczyt p. t. „Rozpoznawanie i leczenie ostrych zapaleń trzustki”.

Prezes Tow. Chirurgicznego Warsz.:

Doc. J. Mossakowski.

Sekretarz:

Dr St. Tokarski.

S P R A W O Z D A N I A

O B Ó L U.

(Na tle odczytu *prof. Sauerbrucha*)¹⁾

Zagadnienie istoty bólu, jako wielostronnego zjawiska życiowego, można ująć z wielu punktów widzenia: z lekarskiego, filozoficznego, religijnego i innych. Z psychologicznego punktu widzenia podkreślić trzeba istnienie różnych stanów psychicznych towarzyszących bólowi, jak niepokój, troska, strach i lęk. Pojęcie strachu określił *Edgar Poe*, jako obawę przed czymś co się zna, a lęk — jako obawę przed niewiadomym. Są to dwie siostrzyce towarzyszące bólowi, z których pierwsza może doprowadzić do bohaterskiego opanowania się, a druga — do śmierci.

Prócz strony fizycznej ból ma także składową psychiczną; nader ważką rolę w leczeniu

strony psychicznej gra sugestia i psychoterapia. Już *Dieffenbach* żalił się, że przez opanowanie i zmniejszenie bólu fizycznego środkami farmakologicznymi, utracili lekarze wielką i silną broń w postaci leczenia sugestywnego, dawniej wysoko rozwiniętego.

C z y m j e s t b ó l? Każda istota żyjąca posiada narządy orientacyjne nerwowe, zdolne do odbioru bodźców, i przesyłania ich do centralnego systemu nerwowego, gdzie przeobrażają się w odruchy uczuciowe i wyobrażeniowe. Oko i ucho, smak i powonienie, zmysły czucia dotykowego, ciepłego, głębokiego, i t. zw. ogólne zmysły, jak ból, pouczają nas o stanie otaczającego świata i własnego ciała. Zewnętrzne bodźce są przetwarzane przez dwa systemy nerwowe, mianowicie: 1) sympatyczny — wegetatywny, regulujący funkcje wegetatywne i 2) zwierzący,

¹⁾ Dnia 21 stycznia br. *prof. Sauerbruch*, Dyr. Uniw. Kliniki Chirurgicznej Charité w Berlinie wygłosił w auli Uniw. J. P. w Warszawie odczyt „O bólu”.

składający się z mózgu i rdzenia, pośredniczący w kontakcie ze światem zewnętrznym.

Istnieje z całą pewnością s p e c j a l n y s y s t e m n e r w o w y, należący do wegetatywnego, dla przejmowania bólu i przekazywania go ośrodkom świadomości; układ ten, nawet po przecięciu wszystkich większych pni nerwowych i wyeliminowaniu wrażeń dotyku, ruchu i ciepłoty, istnieje nadal i sprawia, że przy odpowiednich bodźcach świadomość bólu nie ustaje.

Wiemy wszyscy bardzo dobrze, że objawy bólu co do r o d z a j u i n a p i ę c i a są różne. Najwrażliwsze są skóra i otrzewna, które reagują już na lekkie bodźce. Skóra jest najwrażliwszym narządem ludzkiego organizmu. Cięcia i ukłucia, które w niektórych narządach, jak mięśnie, są zupełnie bezbolesne, jeżeli nie trafiają na nerwy czuciowe, w obrębie skóry, n. p. w palcach, wywołują, szczególnie po stronie zgina- nacz, wielki ból.

Otrzewna, zwłaszcza ściany brzusznej, małej miednicy i przepony, jest bardzo wrażliwa, szczególnie w stanach zapalnych, natomiast otrzewna żołądka, kiszki, sieci i woreczka żółciowego, tak samo jak mięszs nerek i wątroby, nie posiada zupełnie nerwów przewodzących ból. Substancja korowa mózgu jest zupełnie niewrażliwa na cięcia i ukłucia, natomiast zmiany ciśnienia krwi mózgu mogą stać się nieznosne. Mięśnie, jak już zaznaczono, są niewrażliwe na cięcia, natomiast bardzo wrażliwe na urazy tępe.

J a k a j e s t a n a t o m i a i f i z j o l o g i a bólu? Wiemy, że bodźce wywołane urazem przetwarzają się w nerwach współczulnych na prądy pobudzające procesy chemiczno-fizyczne, które dochodzą do sfery czuciowej kory mózgowej. Nie znamy niestety procesu przetwarzania się tych prądów w uczucie bólu, jako ostatniego etapu transformacji bodźców zewnętrznych, znamy tylko drogi i ośrodki regulujące napięcie bólu. Cudu przemiany bodźca w uczucie bólu nie wyjaśniono dotąd.

Tutaj rozpoczyna się problem psychologiczny, który drogą badań przyrodniczych nie może być rozwiązany. Wiemy tylko, że bodźce bólowe powodować mogą odruchowo psychiczne urazy. Tak dobrze znany wstrząs nerwowy może spowodować nagłe omdlenie, a przy silnych urazach — nawet śmierć. Wpływ zatem bólu na psychikę człowieka nie ulega żadnej wątpliwości.

Ból jest w swych rodzajach i skali różnorodny: może być lekki, ledwie wyczuwalny i wielki, wywołany ranami, okaleceniem, zapaleniem, lub występujący w postaci nieznosnych napadów kol-

ki. Nadmierna czynność narządów np. mózgu, mięśni (hyperfunkcja) może wywołać ból tak samo, jak nadmierne ciśnienie płynów w jamach ciała. Narządy niebolesne mogą się stać bolesne pod wpływem zmian patologicznych.

Kobiety są odporniejsze na ból od mężczyzn. Dzieci, zwłaszcza we wczesnych latach życia, są mniej wrażliwe niż dorośli. Są to wahania indywidualne zależne od temperamentu, charakteru, wychowania, narodowości, inteligencji, wieku, płci, wreszcie od ogólnego stanu zdrowia i woli. Człowiek o słabej woli odczuwa ból w stopniu większym niż o silnej. Mamy tu szeroką skalę przejść od tchórzostwa do heroizmu.

Objawy bólu nie mogą służyć jako podstawa oceny rzeczywistej jego siły, gdyż napięcie bólu jest w najwyższym stopniu zależne od stanu psychicznego każdego człowieka. Niespodziane najcięższe urazy mogą nie wywołać żadnego bólu. Natomiast ukłucie igłą boli, jeżeli się go spodziewamy. Również nadmierne wyczerpanie psychiczne może spowodować bezbolesność po urazach. Zajęcie kory mózgowej innymi silnymi psychicznymi wstrząsami, jak entuzjazm, zapal i szal fanatyków, może uczynić człowieka niewrażliwym na ból.

Tej hypalgezji przeciwstawia się hyperalgezję, nadmierną wrażliwość na ból, którą często spotykamy u ludzi, którzy się nadmiernie boją bólu, mianowicie u histeryków, nerwowo i fizycznie wyczerpanych, ludzi kulturalnych i cywilizowanych, w przeciwieństwie do ludzi prymitywnych, którzy zwykłe są bardziej na ból wytrzymali.

Mimo to, że ludzie bez wyjątku nie lubią bólu fizycznego, jest on zjawiskiem pożytecznym, służącym do utrzymania gatunku. Alarmuje on naszą świadomość o chorobie, o niebezpieczeństwie grożącym nam z zewnątrz, lub, jak w bólu porazowym, o tym, że staliśmy się ofiarami urazu, który wymaga leczenia. Ostrzega nas, gdy znajdujemy się w niebezpiecznych warunkach życiowych. Ból towarzyszący zmęczeniu fizycznemu zmusza do odpoczynku, ból poszczególnych narządów sygnalizuje konieczność ochrony danego narządu.

Ból jest największym pomocnikiem lekarza. Charakterystyczna lokalizacja bólu wystarcza w wielu wypadkach do rozpoznania choroby. Nie należy więc bez potrzeby bólu tłumić, gdyż charakterystyczny punkt bólowy jest częstokroć lepszym środkiem rozpoznawczym niż najlepszy rentgenogram.

Ból jest twardym lecz pożytecznym prawem natury, aczkolwiek jest ono niekiedy ślepe, bru-

talne i niepotrzebnie dręczy człowieka, jak w chorobach nieuleczalnych, kiedy świadomość choroby człowiekowi na nic się nie przyda, a ból niszczy tylko ostatnią radość życia.

Ze względu na to, że objawy psychiczne towarzyszące bólowi, jak strach, lęk, podniecenie i wyczerpanie, mają tak wybitne znaczenie dla rodzaju i napięcia bólu fizycznego, lekarze powinni zwracać szczególną uwagę na kompleks psychiczny. Psychiczne zwalczanie bólu jest odwieczną zdobyczą i właściwością ludzką, wynikającą z potrzeby zwalczania cierpienia. Stare pokolenia lekarskie doceniały to należycie i umiały zwalczać ból sugestią, uspakajaniem chorego i odsunięciem od niego strachu i lęku. Typ lekarza ubiegłego wieku, uważającego szorstkość za niezbędny atrybut swej wyższości powinien zniknąć. Niekiedy już jedno uspakajające słowo humanitarnego lekarza lub łagodne dotknięcie ręki sprowadza magiczne, wręcz cudotwórcze skutki, ustalając zaufanie chorego do lekarza, a usuwając lęk przed operacją i stwarzając odwagę lub nawet bohaterstwo, wprowadza czynniki, które działają jako samorodny środek znieczulający.

Zrozumienie psychicznego kompleksu towarzyszącego bólowi jest podstawą ascezy religijnej w postaci dobrowolnych umartwień, biczowania i cierpienia dla zbawienia, jak również filozoficznego podejścia do zagadnienia bólu *Nietzschego*, *Schopenhauera* — ich pozytywnego ustosunkowania się do bólu, wreszcie heroizmu i cierpienia z czasów wielkiej wojny — a obecnie sztucznego wytwarzania heroicznej koncepcji życia, przez sporty i wychowanie, tj. wzmacnianie sił fizycznych i duchowych.

Zwalczanie bólu rozpatrzmy tylko z ogólnego

punktu widzenia. Więc najpierw podkreślić należy znaczenie uśmierzania bólu przez wymienione już czynniki psychiczne: współczucie, litość, odwracanie uwagi chorego od cierpienia i zdobycie jego zaufania. Następnie wspomnimy o ogólnie znanych czynnikach fizycznych, jak ciepło, zimno, oraz środkach odurzających. Ogromny postęp chirurgii w zeszłym stuleciu był możliwy tylko dzięki cudownemu wynalazkowi, jakim jest narkoza i znieczulenie miejscowe. Niebezpieczeństwa tych metod i środków są niczym w porównaniu do ich dobrodziejstw i korzyści. Dzisiaj powiedzieć można, że sztuka lekarska rozwiązała doszczętnie zagadnienie bólu pod względem fizycznym.

Nie rozwiązała go jednak całkowicie pod względem psychicznym. Dopóki wszyscy lekarze nie zrozumieją, że uspokojenie chorego przed operacją, zdobycie jego zaufania, odsunięcie lęku i strachu, jest często ważniejsze niż sama operacja i zwalczanie bólu fizycznego, dopóty nie opanują bólu doszczętnie. Jest to główne zadanie lekarza: powinien on nie tylko leczyć, ale przede wszystkim nie powiększać nieodpowiednim postępowaniem bólu już istniejącego.

W walce z wrogami materii potrzebujemy bólu nie tylko jako pomocnika, lecz również jako krzewiciela szlachetnych i etycznych uczuć („Rien ne nous rend si grands qu'une grande douleur” — *A. de Musset*).

Wszystko co wzniosłe i wielkie, rodzi się w męce i bólu. Trzeba podziwiać w dwubiegunowości, która łączy życie ze śmiercią, zdrowie z chorobą, radość z cierpieniem, rozkosz z bólem — mądre prawo Stwórcy, któremu należy się z pokorą podporządkować.

Dr St. Michalek-Grodzki.

K R O N I K A

ODSŁONIĘCIE TABLICY PAMIĄTKOWEJ KU CZCI Ś. P. DR ZDZISŁAWA SŁAWIŃSKIEGO.

W dniu 2 lutego b. r. odbyła się w Szpitalu Dzieciątka Jezus uroczystość odsłonięcia pamiątkowej tablicy ku czci wieloletniego ordynatora Szpitala Dzieciątka Jezus, wybitnego chirurga *dr Zdzisława Sławińskiego*, zmarłego w r. 1936. Tablica ufundowana przez uczniów, wykonana w brzoźnie, umieszczona została w oddziale 2-im szpitala, gdzie zmarły przez lat siedemnaście był ordynatorem.

Uroczystego aktu odsłonięcia tablicy dokonał prezydent m. st. Warszawy *S. Starzyński* w obecności wiceprezydenta *dr W. Graba-Łęckiego*, dyrektora wydziału szpitalnictwa *dr K. Orzechowskiego* oraz licznie zgromadzonych przedstawicieli świata lekarskiego.

Przemówienie wygłosili: dyrektor Szpitala Dzieciątka Jezus *dr K. Okolski*, prezydent *St. Starzyński*, jeden z byłych asystentów *ś. p. dr*



Sławińskiego, dr T. Byszewski, oraz obecny ordynator oddziału 2-go szpitala doc. dr J. Rutkowski.

Ś. p. dr Sławiński objął oddział chirurgiczny w Szpitalu Dzieciątka Jezus w chwili największego rozkwitu swej działalności, mając znakomite przygotowanie chirurgiczne, które wyniósł ze szkoły Kosińskiego, następnie Krajewskiego, dopełnił studiami w kraju i zagranicą, wreszcie pogłębił sam swą żmudną pracę przez osiem lat ordynatury w Szpitalu św. Rocha. Objął oddział ten w trudnych czasach — w okresie wojny (1919). W szpitalnictwie dawał się wówczas odczuwać brak młodszych lekarzy. Sławiński nie zrażony trudnościami, niezmordowany w pracy, świecąc zawsze przykładem niesłychanej energii, mając do współpracy zaledwie dwóch asystentów, wykazał od pierwszej chwili dużą tężyźnę w prowadzeniu oddziału. Wkrótce też po zakończeniu wojny oddział zapełnił się młodzieżą, garnącą się do tego niepośledniej miary nauczyciela. Umysł młody, elastyczny — skarbnica wiedzy lekarskiej, połączone z tym duże doświadczenie, nadzwyczajna prostota, a zarazem finezja przy rozpoznawaniu cierpień, znakomite opanowanie techniki operacyjnej i celowość wykonywania zabiegów, wrażliwość na cudzy ból i cierpienie — oto są wartości, które stawały Sławińskiego w szeregu najznakomitszych chirurgów. Praca jego dla oddziału była niezmiernie owocna, tym bardziej, że znając obce języki każdą chwilę wolną

poświęcał studiowaniu piśmiennictwa przeważnie angielskiego i amerykańskiego; świeży ten dorobek swej wiedzy przynosił dla swych chorych i uczniów.

Nic też dziwnego, że oddział jego niejednokrotnie prześcigał przodujące kliniki w zastosowaniu nowej techniki operacyjnej lub terapii. Dostyć wspomnieć, że Sławiński wykonał w r. 1922 po raz pierwszy w Polsce sympatektomię okołotętniczą, w 1928 r. w jego oddziale była wykonana po raz pierwszy w Warszawie operacja Fraziera (przecięcie włókienek czuciowych nerwu trójdzielnego), w jego też oddziale po raz pierwszy w Polsce zastosowano w 1931 r. plombę pozaopłucnową w gruźlicy i w ropniach płuc.

Sławiński zwracał uwagę na technikę operacyjną i doskonalił ją do końca swego życia, wpajając jej zasady w swych uczniach. Kładł duży nacisk na oszczędzanie tkanek podczas operacji, nawet kosztem przedłużenia czasu trwania zabiegu; liczył się bardzo z wytrzymałością chorego i przywiązywał dużą wagę do celowości wykonywanego zabiegu. Sławiński nie poddawał się utartym szablonom, jego wysoce krytyczny umysł potrafił zawsze wydobyć z każdej metody to co najlepsze, starał się poszczególnie przypadki indywidualizować. Upodobał sobie specjalnie wypracowywanie fizjologicznych cięć operacyjnych, w wielu działach chirurgii miał swoje oryginalne sposoby postępowania. To też wyniki operacyjne miał Sławiński bardzo dobre i w krótkim czasie

zyskał sławę świetnego chirurga.

Stosunek *Ślawińskiego* do asystentów był nacechowany wielką życzliwością, lubił on swoją młodzież, lubił ją uczyć, prowadzić, kierować nią, pobudzał, zachęcał do pracy naukowej. Na pierwszy rzut oka nieco surowy i zamknięty w sobie, w rzeczywistości był dobry, łagodny, o wrażliwym, pełnym zrozumienia sercu. Był też *Ślawiński* przez swych uczniów bardzo poważany i szanowany, ale też bardzo lubiany i kochany.

Wielką uwagę zwracał *Ślawiński* na sposób podejścia lekarza do chorego. Jego naczelną zasadą było niesienie pomocy cierpiącemu. Był czuły na ból ludzki i starał się zawsze bólowi temu ulżyć; badając chorego usiłował unikać przysparzania mu niepotrzebnego bólu; palce jego przy badaniu lub opatrunku były miękkie, bezkostne. *Ślawiński* był wyjątkowo wrażliwy na cierpienie ludzkie, to też jak mało który lekarz cieszył się wielkim zaufaniem kolegów, szukających pomocy

chirurgicznej dla siebie i swych bliskich. Ile serca, duszy i dobrej woli wkładał w tę pomoc, wiedzą wszyscy, którym przywrócił zdrowie i uratował życie.

Odszedł z placówki swej w pełni sił. Zabrakło mu tej pracy, którą tak ukochał, która była dla niego życiem. Nie zaniechał po opuszczeniu oddziału kontaktu ze swą młodzieżą, zawsze pełen zainteresowania, zawsze chętny do pomocy i do współpracy z nią. Nieubłagany los zrzucił, że odszedł niespodziewanie w zaświaty ten światły mistrz, najlepszy przełożony i nauczyciel, pełen jeszcze młodzieńczej energii.

Z wysokości tablicy wmurowanej na sali, której mury oglądały go codziennie przez lat siedemnaście, jego mądry i dobry wzrok ogarnia młode pokolenia lekarzy, z jego czoła promieniować będzie mądra myśl, a z piersi — dobre, czułe serce.

T. B.

DODATEK BIBLIOGRAFICZNY

Polskie piśmiennictwo chirurgiczne w 1938 r.

Uzupełnienia oraz skorowidze alfabetyczne treści i autorów.

Zestawił Dr H. Ciszewicz (Warszawa).

Wykaz czasopism uwzględnionych w niniejszym zestawieniu:

Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska
Doraźna Pomoc Lekarska
Endokrynologia Lekarska
Ginekologia Polska

(Ch. N. R.) t. XI, z. 2—3.
(D. P. L.) Nr. 11—12.
(Endokr.) Nr. 2—3.
(Gin. P.) t. XVII, z. 11—12.

CHIRURGIA OGÓLNA.

- C. K o ś c i, s t a w y, m i ę ś n i e.
405. Wolszczan J. Leczenie ortopedyczne następstw choroby Heine-Medin z uwzględnieniem zabiegów na kośćcu. Ch. N. R. z. 2—3, s. 183—227.
406. Kugler A. Leczenie przyrządowe następstw choroby Heine-Medin. Ch. N. R. z. 2—3, s. 229—249.
407. Zaremba J. Uwagi o ortopedycznym leczeniu wiotkich porażań. Ch. N. R. z. 2—3, s. 251—257.
408. Komczyński L. Zmiany histologiczne w chorobie Heine-Medin. Ch. N. R. z. 2—3, s. 259—265.

409. Gruca A. Złamania śródstawowe. Ch. N. R. z. 2—3, s. 295—315.
410. Janik A. Leczenie złamań śródstawowych. Ch. N. R. z. 2—3, s. 317—371.
411. Bielas A. O leczeniu złamań śródstawowych metodą Leriche'a. Ch. N. R. z. 2—3, s. 379—384.
412. Korczakowski J. Operacyjne leczenie złamań. Ch. N. R. z. 2—3, s. 421—440.
413. Michejda K. W sprawie chirurgicznego leczenia torbieli kostnych (Ostitis fibrosa localisata). Ch. N. R. z. 2—3, s. 493—498.

CHIRURGIA SZCZEGÓŁOWA.

B. S z y j a.

414. Joz B. Radiodiagnostyka schorzeń tarczycy. Endokr. Nr. 2—3, s. 61—64 (d. c. n.).
415. Obrębski Z. „Krótka szyja” bez zespołu Klippel-Feila. Ch. N. R. z. 2—3, s. 287—294.
- F. K r ę g o s ł u p, m i e d n i c a.
416. Czyżewski K. Przyczynę do leczenia złamań panewki stawu biodrowego. Ch. N. R. z. 2—3, s. 385—390.
- G. K o ń c z y n a g ó r n a.
417. Winter S. Złamania łopatki. Ch. N. R. z. 2—3, s. 405—419.
418. Sowiński W. Złamania nadkłykciowe kości ramieniowej. Ch. N. R. z. 2—3, s. 443—455.
419. Kosiński K. Leczenie operacyjno-ortopedyczne przykurczu Dupuytren’a. Ch. N. R. z. 2—3, s. 283—285.

H. K o ń c z y n a d o l n a.

420. Zaremba J. O postaciach coxa vara porodowego pochodzenia. Ch. N. R. z. 2—3, s. 267—270.
421. Kosiński K. Przypadek wrodzonego biodra szpotawego (coxa vara congenita). Ch. N. R. z. 2—3, s. 281—282.
422. Nowakowski K. Złamania wśródstawowe kolana (bez złamań rzepki) od 1927 do 1937. Ch. N. R. z. 2—3, s. 373—378.
423. Kowalski J. Złamania kostek. Ch. N. R. z. 2—3, s. 391—404.
424. Krajnik B. Badania histopatologiczne nad koślawością palucha ze szczególnym uwzględnieniem trzeszczek. Ch. N. R. z. 2—3, s. 457—481.

SKOROWIDZ ALFABETYCZNY AUTORÓW.

Abramowicz M. 2.
 Adamowicz P. 254.
 Afekówna M. 381.
 Aleksandrowicz J. 154.
 Ambros Z. 206, 318.
 Barański R. 56.
 Barylak R. 23, 362.
 Beaupré J. 397.
 Ber A. 4, 5.
 Berkman M. 144.
 Bernstein N. 222.
 Bielas A. 411.
 Binder Z. 76, 251, 289.
 Birkenfeld J. 250.
 Bloch M. 277.
 Blühbaum T. 260, 309.
 Bober S. 130.
 Boczek A. 121.
 Bogajewski Z. 392.
 Boguszewski S. 35.
 Bohdanowicz F. 142.
 Bohdanowiczówna Z. 98.
 Braun R. 283.
 Bross W. 1, 96.
 Buchacz M. 192, 387.
 Bulanda B. 303.
 Burzyk G. 148.
 Bussel M. 56.
 Buzek J. 299.
 Byrdówna M. 349.
 Byrkowski K. 370.
 Byszewski T. 176.
 Celarek J. 180.

Chłopicki W. 181, 203.
 Chodkowska S. 364.
 Choróbski J. 32.
 Ciężar M. 307.
 Ciszewicz H. 63, 85, 310, 312, 315, 350, 400.
 Czech K. 332.
 Czubalski S. 191.
 Czyżewski K. 235, 247, 416.
 Datyner H. 214.
 Dąb N. 217.
 Dega W. 114.
 Deloff L. 147, 283.
 Długosz H. 285.
 Dmochowska M. 345.
 Dmochowski L. 6, 105, 109.
 Dobiecki K. 127.
 Dobryczycki S. 54.
 Domanig E. 231.
 Dreszer R. 135.
 Drucker H. 398.
 Dworecki I. 111.
 Dylewski B. 241.
 Dziembowski Z. 26, 243, 245, 372.
 Dzułyński W. 248.
 Elmer W. 39.
 Engländer B. 240.
 Epsztejn L. 304.
 Ereciński K. 220.
 Erlich M. 263.
 Ermich S. 59.
 Falkowski J. 391.
 Felc W. 201.
 Ferens E. 265.

- Ferkówna M. 239.
Flaks J. 4, 5.
Floksztrumpf M. 325, 374.
Frydrych M. 371.
Gackowski J. 161.
Galewska Z. 355.
Galewski A. 238.
Gasiński J. 266, 297.
Gawlikowski C. 178.
Gedroyé M. 120.
Ginelli J. 345.
Glass B. 51.
Glatzel J. 151.
Głowiński C. 330.
Gnoiński H. 12, 335.
Goldfeder A. 352.
Gordon M. 358.
Gorzkowski E. 311.
Gout L. 169.
Grabowski M. 47.
Graf M. 75, 87, 255.
Granatowicz J. 128, 153, 273.
Grodzieński E. 331, 360.
Grott J. W. 384.
Gruca A. 8, 409.
Gruchalski W. 126, 329.
Grundzach J. 61.
Grünseit J. 347.
Grynkrant B. 167.
Grzędziński J. 104, 262.
Guzman S. 272.
Haber A. 166.
Halbersztadt J. 218.
Henke A. 70.
Herman E. 268.
Herschendörfer A. 269.
Hirsch L. 234, 337.
Hirszfeld L. 9, 232.
Hłasko F. 99.
Hornicki P. 64, 79, 82, 181, 294, 356, 361, 397.
Hryniewiecki B. 314.
Imich J. 152.
Iwanter J. 404.
Izgur A. 375.
Jabłkowski H. 388.
Jakimowicz J. 210.
Jakimowicz W. 268.
Jakobson M. 365.
Jakóbson Ł. 293.
Janik A. 410.
Jankowiak A. 146.
Jankowski I. 111.
Japa J. 395.
Jaroszewicz W. 390.
Jasiński J. 25, 67, 122, 203.
Jochweds B. 308.
Joz B. 170, 414.
Jurasz A. 108.
Justman L. 292.
Justman S. 319.
Karpowicz S. 296.
Karwacki L. 97.
Kaszubski S. 158.
Kenigstein L. 34.
Kiersnowski T. 131.
Kirszbrown A. 20.
Kleszczewski A. 78.
Klimowicz L. 116.
Kłaczyński M. 187.
Kobryner A. 94.
Koczorowski S. 359, 363.
Komczyński L. 408.
Komocki W. 378.
Komza J. 89.
Kon J. 160.
Korczakowski J. 29, 389, 412.
Kosieradzki K. 30.
Kosiński K. 419, 421.
Kosman E. 375.
Kossakowski J. 321, 380.
Kossowski S. 139.
Kostuch Z. 10, 117, 232.
Kowalczykowa J. 234.
Kowalewski M. 136.
Kowska-Śmigielńska A. 288.
Kowalski B. 77.
Kowalski J. 423.
Kowarski H. 48.
Krajewski F. 83.
Krajnik B. 424.
Kranz S. 67.
Królikowski S. 290.
Kryński B. 282.
Krzywicki J. 270.
Kuczkowski F. 93.
Kugler A. 208, 403, 406.
Kukliński I. 313.
Kuligowski Z. 227.
Kunicki A. 261, 264.
Kuźma W. 223.
Lachowicz A. 259.
Lakner L. 215.
Landau A. 147, 283.
Landes-Leinerowa L. 84.
Landesman M. 22.
Lando B. 168.
Laskownicki S. 302.
Laskowski J. 43, 328.
Laufer F. 74, 80, 81, 197, 394.

- Lenard H. 46.
Leński M. 188.
Lewandowski W. 253.
Lewandowski Z. 175, 205.
Lewelt E. 359.
Lewenfisz M. 137, 138, 152.
Lewinson S. 73, 304.
Lewiński W. 353.
Lidzki A. 305.
Liebhart W. 23, 37.
Lindenfeld L. 351.
Lipińska W. 119.
Litwin F. 322.
Lorenz T. 236.
Łapiński Z. 69, 382.
Ławkowicz W. 325.
Ławrynowicz A. 98.
Łążyńska W. 129, 321.
Łobacz S. 159, 280, 399.
Łobza W. 198.
Łukaszczuk R. 286.
Łukaszczyk F. 45.
Maciejewski A. 115.
Mackowski A. 19.
Majewski J. 183, 209.
Makower A. 281.
Makowiec J. 18.
Malczyński S. 302.
Manteuffel-Schoege L. 106, 189.
Mamelok A. K. 132.
Markert W. 174.
Markowski B. 207.
Meisel H. 320.
Meisels E. 284.
Mester A. 334.
Michalek-Grodzki S. 33, 41, 42.
Michałowski E. 123, 195.
Michejda K. 413.
Moczarski W. 55.
Modrzewski T. 17.
Mossakowski J. 60, 100, 189, 340, 393.
Motz A. J. 194.
Nathan F. 193.
Neuman J. 287.
Neumark S. 228, 229.
Niedźwiecki S. 145.
Nielipiński W. 103.
Niepołomski W. 385.
Niewiadomski F. 237, 377.
Noblinówna H. 50, 327.
Nowak T. 101.
Nowakowski K. 301, 383, 422.
Nusbaum J. 107.
Obrębski Z. 401, 415.
Olesiński J. 14.
Onyszkiewicz-Jacyna T. S. 242, 291, 362, 396.
Ostrowski W. 52, 155, 157, 165, 278, 368, 370.
Osuchowski M. 110.
Oszacki A. 27.
Owiński T. 342.
Pająk J. 354.
Pastel L. 15.
Pawłowski B. 28.
Peter J. 62, 134, 256, 271.
Pędzich J. 125.
Pieniążek J. 212.
Plewniak W. 47.
Płońskier M. 102, 323.
Podlipski Z. 168.
Pollak K. 38, 149.
Popielewski H. 336.
Porwit E. 80.
Preiss W. 244.
Pruszczyński A. 161.
Raczyński J. 126, 386.
Rafałowski J. 179.
Rahoza E. 86.
Raszeja F. 92.
Ratner J. 308.
Reicher E. 333.
Reiss H. 348.
Reznikow H. 31.
Robinson C. 87, 226.
Rosenfeld J. 184, 237, 295, 341.
Roth B. 140.
Róbin W. 107, 376.
Rubinstein D. 95.
Rutkowski J. 204, 373.
Rydygier J. 379.
Rzepecki W. 118, 230, 242.
Schieber M. 258.
Schlager L. 16.
Schneck L. 133.
Sellig L. 171.
Sidorowicz W. 213.
Sieniawski J. 21, 139.
Sitkowski W. 167, 306.
Sitowski M. 316.
Skórski J. 40.
Skwarczewska-Stypułkowska H. 276.
Ślucky R. 219.
Sokołowski T. 13, 90, 124, 246, 367.
Sołtysik A. 199.
Sowiński W. 418.
Spitzer J. M. 53.
Spritzer M. 113, 260.
Stadnicki A. 279.
Stankiewicz R. 136.
Stankiewicz Z. 172.
Stein J. 325.

- Stein W. 111.
 Stetkiewicz S. 180.
 Stojalowski K. 112.
 Szabunia J. 326.
 Szajna M. 369.
 Szaniawska M. 141.
 Szejnman M. 11, 344.
 Szenicer S. 88.
 Szerszyński B. 68, 183, 382.
 Szmurło J. 151a.
 Sznajder W. 7.
 Szonert W. 274.
 Szper J. 307.
 Szulc J. 317.
 Szymanowicz J. 338.
 Szymańska J. 98.
 Szweig S. J. 143.
 Śledziwski H. 44, 186, 275.
 Śmigieński J. 164.
 Śpiewankiewicz S. 3, 202, 211.
 Tadlewski E. 24.
 Telatycki M. 156, 366.
 Tokarski S. 34, 216, 402.
 Tomankiewicz W. 71.
 Traczyk Z. 182, 190.
 Trella J. 65.
 Tuz J. 66.
 Tynicki M. 252.
 Wagner T. 200.
 Wardyński S. 57.
 Weissglas J. 351.
 Wesółowski S. 72, 339.
 Winter S. 417.
 Wirszubski A. 267.
 Wodziński M. 177.
 Wojciechowski A. 91, 224, 225.
 Wolański R. 49, 298, 343, 357, 361.
 Wolf J. 289, 396.
 Wolfram K. 66, 149, 290.
 Wolszczan J. 405.
 Wrześniowski W. 58, 163.
 Wyrobek E. 221.
 Wyrwicki 196.
 Wyszogrodzki M. 162, 185.
 Zakrzewski Z. 324.
 Zaremba J. 407, 420.
 Zatorska A. 346.
 Zawadowski W. 257.
 Zeldowicz H. 307.
 Zembrzusiński J. 173, 233.
 Zerbe F. 249.
 Zuberbier D. 36.
 Żniniewicz J. 150.
 Żółkiewska W. 300.

ALFABETYCZNY SKOROWIDZ TREŚCI

„Polskiego Piśmiennictwa Chirurgicznego” w roku 1938.

- Achalasia cardiae* 375.
 Antistreptina 126, 127, 345.
Appendectomy — p. wyrostek robaczkowy.
 Arteriografia 233.
 Atonia jelit i pęcherza 243, 341.
 B a r k o w y s t a w — radiologiczne badania 313.
 — zwknięcia powikłane 312.
Basedowa choroba 37, 149, 150.
 Bąblowiec — oczodołu 355.
 — odczyn *Casoniego* 283.
 — wątroby 62, 63, 288.
Berc 321.
*Besnier-Boeck*a choroba 234.
 Beztlenowce 180.
 Białaczka szpikowa 188.
 Biodro szpotawe 89, 206, 420, 421.
 B i o d r o w y s t a w — panewki złamania 310, 416.
 — zapalenie ostre 205.
 Blizna — rak skórny 143.
 B r z u s z n e p o w ł o k i — odma 59.
 — pęknięcie 187.
 Causyth 24.
 Chemoterapia zakażeń 99, 218, 344.
 (p. antistreptina, sulfamidowe leki).
 Chirurgia — w klinikach włoskich 214.
 — w szpitalach londyńskich 1, 96.
 — wojenna 13, 28, 29, 130, 131, 253, 350.
 Cholangiografia 172.
 Cholecystografia 170, 171, 254.
 Choroba pooperacyjna 20, 122, 123, 340.
 — zużycia 225.
 Ciała obce — p. moczowy pęcherz.
 Ciągotka 307.
 Cieplica solankowa 224.
 Coramina 235, 242.
Coxa vara — p. biodro szpotawe.
 Cukrzyca 22, 27, 238.
 C z a s z k a — czołowa zatoka, mucocela 139.
 — krwotok śródczaszkowy 263.
 — podstawy złamanie 132.
 — siodełko tureckie 32, 137, 260, 261.
 (p. mózg).
 Czerwienica 95, 191.
 Czyraczność 130, 144, 319.
Deutschländera choroba 404.
 Dieta — leczenie nowotworów 6, 105, 222.

- Dupuytren* przykurcz 419.
Dur brzuszny — jelit przedziurawienie 176.
 — ochrzęstnej żeber zapalenie 46.
Dusznic bolesna — leczenie wycięciem tarczycy 151.
Dwujodotyrozyna 37.
Dwunastnica — niedrożność 284.
 — pęknięcie pourazowe 59.
 — wrzód 379.
Dyzostoza obojczykowo-czaszkowa 257.
Encefalografia 136, 354.
Epicondylus medialis humeri — *fractura* 400.
Esica — zapalenie 183.
Esmodil 243.
Evipan-natrium 17, 18, 338.
 (p. sennarkol, uśpienie).
Fale krótkie 30, 31.
Gardziel — nowotwory złośliwe 152.
Gastroskopia 54.
Gazowa zgorzel 95, 168, 320.
Gąbeczak wielopostaciowy mózgu 265.
Gipsowe opatrunki — p. opatrunek.
Granuloma benignum Sundelin 154.
Gruczoły — chłonne — zapalenie 88.
 — osklepkowe i na żebrówce 275.
 — wydzielenia wewn. 106, 147.
Gruźlica — chirurgiczna 3, 321.
 (p. kątnica, kości, nerki, opłucna, otrzewna, płuca, stawy, trzustka).
Gwóźdź do zespalania szyi k. udowej 124.
Heine-Medin choroba 91, 92, 405, 406, 408.
Hemicraniosis 226.
Hernia — *incarcerata retrograda* 70.
 — *ligamenti Gimbernati* 296
 — *retroperitonealis Treitzii* 186.
 (p. przepuklina).
Hormon — gonadotropowy 4, 5.
 — kory nadnerczy 346.
 — płciowy 363.
Igła do obkłuwania naczyń 241.
Neus verminosus 291.
Jadro — brak wrodzony 399.
Jelita — atonia 243, 341.
 — krwotok wewnętrzzkiszkowy 293.
 — niedrożność 66, 289, 290, 291.
 — mięsak 177.
 — nowotwór 386.
 — operacje 57, 386.
 — przedziurawienie 176.
 — rak 290.
 — wgłobienie 386, 387.
 (p. esica, kątnica, okrężnica, prostnica).
Kainon 337.
Kałowe kamienie 289.
Kamica — p. kałowe kamienie, moczowy narząd, nerka, żółciowe drogi.
Kark — kręcz mięśniowy 146.
 — skręcenie 201.
Kątnica — gruźlica 388.
Kiła 161.
 (p. kręgosłup, stawy).
Klamra wyciągowa 125.
Kolanowy staw — łakotki złamanie 401, 402.
 — pneumografia 402.
 — śródstawowe złamania 422.
Kończyna dolna — motocyklizmu wpływ 213.
 — ropne zapalenie gr. chłonnych 88.
 — zakrzepy 211, 212.
 (p. biodrowy staw, kolanowy staw, kostki, paluch, piszczelowa kość, podudzie, stopa, udowa kość).
Kończyna górna — rozwojowe zaburzenia 311.
 — urazy 85.
 — wspornik 343.
 — zakrzepowe zapalenie żył 204.
 (p. barkowy staw, łokciowy wyrostek, palec, ramienna kość).
Kostki — złamania 423.
Kości — dyzostoza obojczykowo-czaszkowa 257.
 — gruźlica 7.
 — *leontiasis ossea* 259.
 — rak 153, 331, 332.
 — torbiele 413.
Krew — badanie po operacjach 21.
 — — wycięciu śledziony 393.
 — grupy 9, 232.
 — przetaczanie 10, 13, 116, 117, 119, 230.
 — — konserwowanej 11, 12, 118, 231, 335.
Kręcz karku 146.
Kręgosłup — kiła 308.
 — schorzenia zesztywniające i zniekształcające 198, 309.
 — szpiczak mnogi 111.
 — urazy 199.
 — złamania 202.
 — zmiany przy chorobach narz. wewn. 83.
 — zwichnięcia kr. szyjnego 200.
Krótkie fale 30, 31.
Krtąń — nowotwory złośliwe 151a, 152.
 — rak 36.
Krwawnice — leczenie, podział 16.
Krwiodawcy — dobór 10, 117.
Krwiomocz 299.

Krwotok — igła do obkluwania naczyń 241.

(p. czaszka, jelita, mózgowe opony, nosogardziel, odbyt, żołądek).

Lambliaza 384.

Leki — p. antistreptina, causth, coramina, dwujodotyrozyna, esmodil, kainon, locastin, neutrol, nowarsenobenzol, perabrodil, revocan, skopolamina-eukodal-efetonina, syntropan.

Leontiasis ossea 259.

Leysin 321.

Lędźwiowe nakłucie 121.

Lipoidy 244.

Locastin 120.

Lymphangiectasiae cysticae colli 35.

Lymphogranulomatosis benigna Schaumannii 234.

Łąkotka — p. kolanowy staw.

Łokciowy wyrostek — złamania 315.

Łopatką — złamania 417.

Mastopathia chronica 362.

Meckela uchyłek 295.

Miednica — *osteochondritis ischio-pubica* 84.

Mięsak — p. jelita, moczowa cewka, płuca.

Mięsień — losy przeszczepu do nerki 302.

Mięśniak — żołądka 285.

Mocz — krwiomocz 299.

Moczowa cewka — mięsak 398.

Moczownik — przetoka 193.

Moczowody — wada rozwojowa 192.

Moczowy narząd — kamica 81, 192.

— schorzenia 299, 300.

— zakażenie 394.

(p. mocz, moczowa cewka, moczowody, moczowy pęcherz, nerka, urografia, urologia).

Moczowy pęcherz — atonia 243, 341.

— ciała obce 74, 194.

— guzy 306.

— pęcherzowo-pochwowa przegroda 197.

— — przetoka 77, 195, 196.

— torbiel skórzasta 305.

— uchyłki 73.

— wycięcie 75.

— wzernikowanie 195.

— zgorzel 75, 76.

Mosteń — rozszczep wrodzony 47.

— złamania 274, 365.

Mózg — guzy 32, 260, 264, 265, 266, 267.

— postrzał samobójczy 353.

— tętniaki 135.

— torbiel III komory 268.

— wypadnięcie 134.

(p. encefalografia, przysadka, wentrikulografia).

Mózgowe opony 133, 181, 319.

— krwotoki podpajęczynówkowe 262.

Mucosele zatoki czołowej 139.

Naczynia — chirurgiczne leczenie schorzeń 14.

— chłonne szyi 35.

Naczyniak — chłonny opłucnej 159.

— jamisty — palca 87.

— — wątroby 166.

Nadnerczak — nerki 191.

Nadnercze — hormon kory 346.

Nadtarczyczność 358.

Nakłucie lędźwiowe 121.

Narkoza — p. uśpienie.

Narzędzia — wyjaławianie 239, 240.

Nerka — czynność po zamknięciu moczowodu 301.

— gruźlica 303, 397.

— guzy mieszane 189, 190.

— kamica 303, 395.

— mięsień przeszczepiony do mięszu 302.

— nadnerczak 191.

— podkowiasta 78.

— przemieszczona 304.

— roponerze 192.

— torbielowate zwyrodnienie 79.

— wodonerze 79, 396.

— wydzielnicza sprawność 80, 174.

Nerwice urazowe 354.

Nerwowy układ — przerzuty nowotworów 104.

Neutrol 55.

Niedokrwistość złośliwa 164.

Niedrożność przewodu pokarmowego — p. dwunastnica, jelita.

Nos — czyraki 144.

— urazy u bokserów 34.

Nosogardziel — krwotoki 185.

Nowarsenobenzol 160.

Nowotwory — dieta 6, 105, 222.

— działanie promieni Rentgena i radu 352.

— odczyny diagnostyczne 325.

— piśmiennictwo 330.

— przerzuty 104, 153, 161, 290, 332.

— reakcji hormonu gonadotropowego zniesienie 4, 5.

— urazów związek z nowotworami 250.

— złośliwe 102, 103, 105, 110, 250, 323, 324, 326.

(p. gąbczak, mięsak, mięśniak, naczyniak, nadnerczak, oponiak, perlak, potworniak, rak, symphathoblastoma, szpiczak, tłuszczak, wyściółkowe guzy oraz blizna, gardziel, jelita, krtań, mózg, nerka, nerwowy układ, przewód pokarmowy, przysadka, rdzeń, su-

tek, szyjny kłębek, śródpierście, tarczycza,
trzustka, ustna jama, żołądek).

Obojnactwo prawdziwe 82.

O c z o d ó ł — bąblowiec 355.

— plastyka 269.

O d b y t — krwotok 185.

— sztuczny, zamknięcie 182.

O d ź w i e r n i k — zwężenie przerostowe u
niemowląt 56.

O k r ę ż n i c a — opadnięcie 58.

— rak 68, 390.

Oparzenia 26, 129, 252, 348, 349.

Opatrunek — gipsowy odwodzący ramię 86.

— uciskowy w leczeniu zakrzepów 211.

Operacje — atonia jelit i pęcherza 243, 341.

— badanie krwi po operacjach 21.

— choroba pooperacyjna 20, 122, 123, 340.

— niedomoga wątroby, a zabieg 19.

— przygotowanie do operacji 37, 237.

— trzustka po operacjach brzusznych 286.

— wstrząs pooperacyjny 149.

O p ł u c n a — naczyniak chłonny 159.

— *pleuro-peritonitis tbc.* 276.

— ropniak — u dzieci 48.

— — leczenie torakoplastyką 49.

— zrostów wewnątrzpłucnych wywoływanie
165.

— żołądkowo-opłucnowa przetoka 281.

Oponiak mózgu 266.

O p o n y m ó z g o w e — p. mózgowe opony.

Orzecznictwo inwalidzkie 114.

— wypadkowe 248, 249, 250.

O s k r z e l a — rak 371.

Osteochondritis ischio-pubica 84.

Ostitis fibrosa localisata 413.

O t r z e w n a — gruźlica 187, 276.

— zapalenie 67, 176.

Paciorkowce 97, 127, 216.

Pageta choroba 226.

P a ł c e — wielopalczastość 210.

— zniekształcenia dziedziczne 316.

Paluch koślawy 209, 424.

Perabrodil 255.

Perlak 133.

Pęcherzowo-pochwowa — przegroda 197.

— przetoka 77, 195, 196.

P i e r ś — p. sutek.

P i s z c z e l o w a k o ś ć — kłykei złamanie
314.

P ł u c a — gruźlica 51, 52, 53, 156, 157, 277,
278, 366, 368.

— mięsak 372.

— promienica 369.

— rak 50, 161, 279.

— ropnie 370.

— torbiel powietrzna 51.

— zgorzeł 160.

(p. pneumonoliza, torakoplastyka).

Pneumoarografia 402.

Pneumonoliza 368.

P o d u d z i e — złamania trzonów kości 318.

(p. koski, piszczelowa kość).

Porazenie wiotkie — leczenie ortopedyczne 407.

Postawa dziecka 115.

Potworniaki 223.

Priapismus 307.

Promienica 101, 322, 369.

P r o s t n i c a — rak 184.

P r z e p o n a — przedziurawienie 281.

— rany i urazy 280.

(p. przepuklina przeponowa).

Przepuklina — pachwinowa 69.

— pępowinowa 71, 392.

— przeponowa 162, 282, 283.

— uwięźnięta 70, 76, 162, 295.

— więzadła łonowo-pachwinowego 296.

(p. hernia).

Przetaczanie krwi — p. krew, krwiodawcy.

Przykurcz *Dupuytrenu* 419.

P r z y s a d k a — guzy 32.

— zespoły 138.

Rad — działanie promieni 352.

— leczenie nowotworów złośliwych 374.

Rak — leczenie 6, 109, 221, 222, 327.

— płaskonabłonkowy 328.

— rola gruczołów wydź. wewn. 106.

— rodzinny 107.

— skórny 143.

— statystyka 110.

— uleczalność 108.

— wodny 220.

(p. jelita, kości, krtań, okrężnica, oskrze-
la, płuca, prostata, sutek, wątroba, żołą-
dek, żółciowe drogi).

R a m i e n n a k o ś ć — złamania kłykei 314,
400, 418.

— — szyi 312.

Ramię — opatrunek odwodzący 86.

Ranni — zagazowani 350.

Rany — kłusane 251.

— leczenie 25.

(p. skałeczenia).

R d z e Ń — guz 203.

Recklinghausena choroba 285.

Rentgenodiagnostyka 137, 260, 261, 288, 306, 313,
402, 414.

Rentgenoterapia 36, 45, 75, 113, 138, 152, 167,
273, 352, 355.

Rentgenowskie zdjęcia trójwymiarowe 351.

Revocan 23.

- Ropień — p. płuca, sutek, śledziona, wątroba.
roponercze 192.
- Sennler-Christiana* choroba 258.
- Sennarkol 235.
- Serce — chirurgiczne leczenie schorzeń 14,
38, 151, 155.
- Siateczkowo-śródbłonkowy
układ 393.
- Sieć — skręt 294, 391.
- Siodełko tureckie — p. czaszka.
skażenia 347.
- Skopolamina-eukodal-efetonina 237.
- Solankowa ciepła 224.
- Spondylitis deformans cervicalis* 309.
- Stawy — gruźlica 7, 8.
— kiła 228, 229.
— schorzenia 227, 333, 334.
(p. barkowy, biodrowy, kolanowy staw).
- Stercz — wyuszczenie 75.
- Sterylizacja — p. wyjąłwanie.
- Stomatologia 253, 342.
(p. szczeka, zęby, żuchwa).
- Stopa — końsko-szpota 93.
— płaska 94, 403.
— zgorzel w przebiegu czerwienicy 95.
— zniekształcenia nabyte 404.
- Sulfamidowe leki 217, 300, 344.
(p. antistreptina, chemoterapia).
- Surowica — leczenie zapalenia wyr. rob. 67, 389.
- Sutek — mastopathia chronica 362.
— nowotwory 364.
— rak 43, 44, 45, 153, 332, 363.
— ropne zapalenie 273.
— zniekształcenia 41, 42.
- Symphoblastoma 329.
- Syntropan 128.
- Szczeka — kiła 142.
— operacje okołoszczekowe 141.
(p. żuchwa).
- Szpiczak mnogi 111.
- Szpik kostny — badanie punktu 334.
- Szpital — berliński 72.
— londyński 1, 96.
— włoskie 214.
- Szpotałość biodra — p. biodro szpotawe.
- Szyja — krótka 415.
— rozszerzenie naczyń chłonnych 35.
- Szyja kości udowej — p. udowa
kość.
- Szyjny kłębek — nowotwór 361.
- Śledziona — guza pozimniczego wycięcie
188.
— pęknięcia 297.
— ropień 298.
— wycięcie 393.
- Śródpierście — guzy 154.
ramponada elastyczna w krwotokach 185.
- Tarczycza — fizjologia i patologia 272.
— guzy złośliwe 360.
— rentgenodiagnostyka schorzeń 414.
— wycięcie w chorobach serca 38, 151.
— zespół tarczycowo-przytarczycowy 147.
— zmiany po śmierci z oparzenia 349.
(p. nadtarczyczość, tyreotoksykoza, wole).
- Tętniak — mózgu 135.
— tętnicy głównej brzusznej 379.
- Tętnica — krękowa 284.
- Tężec 2, 100, 219.
- Tłuszczak — wątroby 381.
- Torakoplastyka 49, 157, 158, 367.
- Torbiel — koloidowa III komory 268.
— kostna 413.
— skórzasta 223, 256, 305.
(p. nerka, płuca, trzustka).
- Traumatologia 246, 247.
(p. urazy).
- Trzustka — badanie czynnościowe 173.
— gruźlica 65.
— guzy 174.
— po operacjach brzusznych 286.
— torbiel 64, 287.
- Twarz — zniekształcenia 33.
- Tyreotoksykoza 39.
- Uchyłki — p. Meckela uchyłek, moczowy pęcherz,
przewód pokarmowy.
- Udowa kość — kłycki złamania 314.
— szyi złamania 90, 124.
— trzonu złamania 207, 208, 317.
- Urazy — związek przyczynowy z nowotworami
250.
— z cukrzycą 27.
(p. kończyna górna, kręgosłup, nerwice
urazowe, traumatologia).
- Urografia dożylna 80.
- Urologia — oddziały urologiczne w Berlinie 72.
— we Włoszech 214.
— uśpienie, znieczulenie 236, 339.
- Ustna jama — włókniako-mięśniak 271.
- Uśpienie — dożylna 17, 18, 235, 236, 338.
(p. evipan, sennarkol).
- Warg — dolna, operacje wytwórcze 145.
— górna, czyraki 144.
- Wątroba — wąłowiec 62, 63, 288.
— naczyniak jamisty 166.
— niedomoga, a zabieg chirurgiczny 19.
— rak 167.
— ropień 285.
— — nadwąłobowy 165.
— tłuszczak 381.
— w przepuklinie pępowinowej 71, 380.

— wycięcie częściowe płuca 380.
Wentrikulografia 136.
Witaminy 244, 245.
Wodonercze — p. nerka.
Wole — podmostkowe 357.
— szyjne dodatkowe boczne 356.
— śródokraniowo-tchawicze 40.
— w Cieszyńskim 148.
— złośliwe 359.
Wspornik dla kończyn górnej 343.
Wyciąg drutowy 125, 314.
Wyjaławianie — narzędzi 239, 340, 342.
W y r o s t e k r o b a c z k o w y — otrzew-
nej zapalenie 67.
— zapalenie 178, 179, 180, 181, 292, 389.
— wycięcie 293.
Wyściółkowe guzy 264.
Zakażenie 24, 97, 99, 216, 217, 218.
— ustne 215.
Zakrzepy żyłne kończyn — p. żyłne zakrzepy.
Z a t o k a c z o ł o w a — p. czaszka.
Zatory tętnicze kończyn 336.
Z ę b y — regulacja chirurgiczna 140.
Zgorzel gazowa — p. gazowa zgorzel.
Ziarnica złośliwa 112, 113.
Złamania — leczenie operacyjne 412.
— śródstawowe 409, 410, 411, 422.

Znieczulenie miejscowe — locastin 120.
— nadoponowe 339.
Ż e b r a — zapalenie ochrząstnej 46.
Ż o ł ą d e k — krwotok 376.
— mięśniak 285.
— odźwiernika zwężenie u niemowląt 56.
— opadnięcie 58.
— operacje 57.
— przedziurawienie dna 162.
— rak 164, 377.
— rozstrzeń ostra 284.
— siatkowiak 378.
— wpustu nierozwieralność 375.
— wrzód 55.
— żółdkowo-opłucnowa przetoka 281.
(p. gastroskopia).
Ż ó ł c i o w e d r o g i — chirurgia 169, 382.
— kamień 66.
— pęcherzyk 168, 169, 385.
— rak 384.
— schorzenia 61, 383.
(p. cholangiografia, cholecystografia).
Ż u c h w a — asymetria 270.
Żyłaki — leczenie 337.
— żylakowatość ogólna 15.
Żyłne zakrzepy 204, 211, 212.

przyjmuje do druku prace oryginalne, streszczenia zbiorowe i notatki kliniczne ze wszystkich działów chirurgii. Prace nadesłane przez lekarzy Klinik, Zakładów, Instytutów itd. powinny zawierać aprobatę kierownika na ogłoszenie w druku.

Koszty sporządzenia klisz ponosi wydawnictwo. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 nadbitek pracy, w formie zeszytu pisma; życzący sobie otrzymać odbitki jednoszpaltowe, ponoszą koszty przełamania.

Zadanie czasopisma polega na poruszeniu w każdym zeszycie kilku bieżących zagadnień patologii chirurgicznej, leczenia i techniki operacyjnej; ze względu na szczupłe rozmiary pisma redakcja prosi o ograniczanie prac do 5 — 8 stron druku.

Prace są grupowane w następujących działach głównych:

1. Prace oryginalne,
2. Kazuistyka,
3. Technika operacyjna.

Prócz tego pismo zawiera następujące rubryki:

1. Skrzynka świetlna,
2. Sprawozdania ze zjazdów i posiedzeń,
3. Kronika — wiadomości obchodzące ogół chirurgów: z uniwersytetów, szpitali, mianowania, stypendia, konkursy itp.

W „Skrzynce świetlnej” są zamieszczane rentgenogramy lub fotografie przypadków pouczających wraz z krótkim, treściwym opisem historii choroby, przebiegu i sposobu leczenia, techniki operacyjnej itp.

Pismo zamieszcza co kwartał dodatek bibliograficzny — „Polskie Piśmiennictwo Chirurgiczne” — ułożony działami spis wszystkich prac z dziedziny chirurgii, jakie ukazały się w ubiegłym kwartale w polskich czasopismach lekarskich.

Pobudza do nadczynności układ krwiotwórczy, wzmacnia samopoczucie, podnosi siły obronne ustroju, zwiększa krzepliwość krwi



Flakoniki – ampułki. Syrop. Ampułki Hemostylu można wstrzykiwać tylko w wyjątkowych wypadkach, zawsze z zachowaniem metody odczulającej (Besredka)

HEMOSTYL DRA ROUSSELA

spotęgowana odwłókniona krew hemopoetyczna

ANEMIE – KRWAWIENIA
REKONWALESCENCJE

FARM. ZAKŁADY PRZEM. A. WIENIEWICZ, WARSZAWA, GRZYBOWSKA 88

Chemiczna Fabryka dawniej Sandoz Bazylea, Szwajcaria

U W A P N I A

„CALCIUM-SANDOZ“

granulki, niczem nie obciążone, przeto nie słodkie, zawierające 100% org. zw. wapnia. Najbardziej wydátne. Tabletki musujące i czekoladowe. Ampułki 10% i 20% -- wlewania dożylnie i śródmieśniowe.

Zapobiegawcze przy pneumonii:

CHININ-CALCIUM-SANDOZ

wlewania jak „Calcium-Sandoz“ amp. po 2,5 i 10cc.

Przedstawicielstwo Biura Naukowego Inż. KAROL ANTONI SOMMER
Warszawa I. Hoża 42 m. 8. Tel. 8.09.36

SENNARCOL - - NATRIUM



Sól sodowa kwasu metylo - cykloheksenylo - metylobarbiturowego, w postaci białego krystalicznego proszku, szybko rozpuszczającego się w wodzie

**DOŻYLNĄ
NARKOZĄ
OGÓLNĄ**

OPAKOWANIE: Amp. o pojemności 10 cm³ zawierające 1 g. preparatu w proszku

**PRZEMYSŁOWO - HANDLOWE ZAKŁADY CHEMICZNE
LUDWIK SPIESS I SYN
SP. AKC. - WARSZAWA**

F. BALUKIEWICZ

WARSZAWA, Bielańska 9 tel. 5-37-45

Rok założenia 1875

W y t w ó r n i a i s k ł a d narzędzi chirurgicznych dla wszystkich specjalności lekarskich.

Sterylizatory i Puszki o dowolnych wielkościach.

Naprawa i chromowanie narzędzi.

Zamiana **Strzykawek Record** po cenach konkurencyjnych.

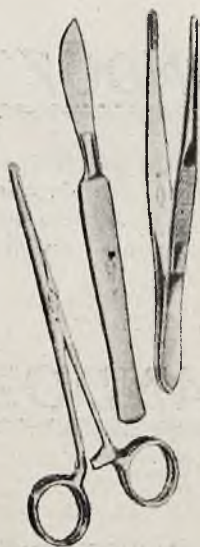
PRZEDSTAWICIELSTWA:

Catgut krajowego

„Chirurgofil”

Narzędzi nierdzewnych

Stille-Stockholm.



POSTACIE

ANTISTREPTIN

TABLETKI

DOROSŁYM 3-6 tabl. dziennie
DZIECIOM 2-3 . . .
NIEMOWL: 1-2 . . .

ANTISTREPTIN

SOLUBILE

DOŻYLNIE LUB DOMIĘŚNIOWO
DOROSŁYM 1-5 AMP. PO 5CCM. DZIENNIE
DZIECIOM DO LAT 6 1-3 AMP. PO 2CCM.

GEO

Formula Chem Formulas

Содержание 56



INSTRUMENTY LEKARSKIE Z NIERDZEWNEJ STALI V 2 A



do celów chirurgicznych i stomatologicznych.

odporne na działanie chemikalii używanych w lecznictwie, nieniklowane i niechromowane dające się czyścić w sposób łatwy i prosty.

N a d z w y c z a j n a ostrość przyrządów przeznaczonych do cięcia.
P r z y b o r y używane przy składaniu i unieruchamianiu złamanych kości:
druły, igły, szyny, śruby, świdry i t. p.

W s z y s t k i e narzędzia z oryginalnej stali Kruppa V2A

**Fried. Krupp S. A. Essen,
Dział Instrumentów V 2 A**

**Generalne przedstawicielstwo na Polskę:
firma INŻ. WŁADYSŁAW LEŚNIEWSKI**

Warszawa, Al. Niepodległości 210 Tel. 8-16-06 i 8-16-46

KATOWICE, Kościelna 6 Telefon 3-20-45

POZNAŃ, Słowackiego 22 Telefon 77-85

RADIUS

Zakład Rentgenologiczny

DLA DIAGNOSTYKI I TERAPII

pod kier. D-ra med. M. Kowalewskiego

U l. Sz o p e n a 18.

Tel. 8-62-53

godz. 16-19