

PRZEGLĄD

CHIRURGICZNY I GINEKOLOGICZNY

DWUMIESIĘCZNIK

REDAKTOR ANTONI LEŚNIEWSKI

WYDAWCA CZESŁAW STANKIEWICZ

TOM III. ZESZYT I.

LIPIEC — SIERPIEŃ 1910.

III
1910

WARSZAWA

CZCIONKAMI L. BILINSKIEGO I W. MAŚLANKIEWICZA, NOWOPRODZKA 17.

A P T E K A

E. GESSNERA

w Warszawie

POLECA WŁASNEGO WYROBU:

Injectiones sterilisatae in ampullis à 1, 2, 5, 10, 50 C. C. wszelkich środków używanych w lecznictwie do podskórnych wstrzykiwań;

Dragées (pigułki powlekane cukrem) et **Granulae** środków więcej używanych;

Haematogen płynny, w pigułkach à 0,2, tabletkach à 0,2, w czekoladzie à 0,5;

„**Zymina**” (drożdże suche lecznicze) w proszku, tabletkach à 0,5, pałeczkach (*bacilli vaginales, urethrales, ad uterum*);

Kefir, Pastyłki kefirowe do wyrobu domowego kefiru;

Pastyłki kefirowe z żelazem oraz wiele innych środków objętych specjalnym cennikiem.

NA POWYŻSZE ŚRODKI OSOBNE CENNIKI

GRATIS I FRANCO.

PRZEGLĄD

Chirurgiczny i Ginekologiczny

TOM III. ZESZYT I. LIPIEC. SIERPIEŃ. 1910.

PRACE ORYGINALNE.

O zapaleniu otrzewnej w przebiegu chorób zakaźnych u dzieci.

Opracował

LUDWIK ZEMBRZUSKI

Ordynator Szpitala Dziecięcego w Warszawie.

Z szeregu licznych powikłań, towarzyszących chorobom zakaźnym wieku dziecięcego, do najrzadziej spostrzeganych należy zapalenie otrzewnej. Langemak tłumaczy rzadkość tego rodzaju powikłania w przebiegu chorób zakaźnych w porównaniu np. ze schorzeniami opłucnej, opon mózgowych, wsierdza i t. p. tym faktem, że wogóle otrzewna odznacza się większą odpornością na zakażenie, aniżeli tkanki wyżej wymienione. Zarówno w piśmiennictwie swojskiem, jako też i w obcym nie znajdujemy wcale pracy, traktującej mniej lub więcej wyczerpująco przedmiot powyższy. Powodowany tą okolicznością, postanowiłem na zasadzie zgromadzonego nielicznego materiału z dostępnego mi piśmiennictwa, oraz na zasadzie kilku spostrzeżeń z praktyki paru kolegów i z własnej dokonać bodaj w ogólnych zarysach zestawienia faktów i wyluszczenia niektórych wniosków, dotyczących sprawy omawianej.

Dla ułatwienia zadania przejdziemy myślą kolejno wszystkie najczęściej spotykane u dzieci choroby natury zakaźnej, wyłączwszy z tego przeglądu zapalenie otrzewnej gruźliczego

pochożenia, jako posiadające cechy zupełnie swoiste, odrębne, i b. już liczne i wyczerpujące piśmiennictwo własne.

Zaczynam od tyfusu brzuszego. Zapalenie otrzewnej w przebiegu tyfusu u dzieci bywa albo następstwem przedziurawienia ściany jelita lub wyrostka robaczkowego („*appendicite paratyphoide*“) na miejscu owrzodzenia, albo też laseczniki tyfusowe drogą krwionośną lub per continuitatem powodują zapalenie błony surowiczej jelit. Ten ostatni sposób powstania zapalenia otrzewnej w tyfusie jest rzadszy, zdaniem jednak Biegańskiego, opierającego się na spostrzeżeniu Fraenkela, oraz zdaniem Lennandera jest niewątpliwie stwierdzony, przytem towarzyszy mu zazwyczaj wysięk surowiczoropny lub surowiczowłóknikowy.

Czarnik np. podczas operacyi z powodu ostrego zapalenia otrzewnej w przebiegu tyfusu u 6-letniego chłopca nie odnalazł przedziurawienia w jelicie, pomimo b. dokładnych oględzin zawartości jamy brzusznej. Wysięk w przypadku C. był surowiczoropny i nie zawierał treści jelit, i dopiero w parę dni później, po zabiegu, nastąpiło przedziurawienie. W drugim przypadku Czarnika, u 9-letniej dziewczynki, wykryto podczas operacyi przedziurawienie z zupełną łatwością. Czy zapalenie otrzewnej w tyfusie bez przedziurawienia powodowane jest wyłącznie przez lasecznik Ebertha, na to trudno jest dać kategoryczną odpowiedź. Zdaje się, że w większości przypadków zakażenie występuje w postaci mieszanej w połączeniu z l. okrężnicy lub zarazkami ropotwórczymi, choć z drugiej strony istnieją spostrzeżenia np. Fraenkela, Lennandera, którzy znajdowali w wysięku otrzewnej z odnośnych przypadków czystą hodowlę lasecznika tyfusu.

Do ostatnich czasów istniało przekonanie, nawet wśród wybitniejszych klinicystów, że tyfus brzuszny u dzieci przebiega znacznie łagodniej i nie wywołuje tak ciężkich powikłań, jak u dorosłych. Sądzono np., że szczególnie pomiędzy 3 i 8-ym rokiem życia owrzodzenia w śluzówce jelit tworzą się nader rzadko i dzięki temu przedziurawienie ściany jelita spotyka się wyjątkowo (Nil-Filatow). Dla potwierdzenia tego mniemania opierano się na takich statystycznych danych, jak np. Wolberga, który na 277 przypadków nie spostrzegł ani razu przedziurawienia jelita, jak Heubnera, który w swym podręczniku cho-

rób dziecięcych wspomina tylko o jednym spostrzeganym przypadku zapalenia otrzewnej w tyfusie z powodu przedziurawienia i t. p. Natomiast Elsberg, Manger, Mery są zdania odmiennego, a Drewit spostrzegał przedziurawienie w przebiegu tyfusu u 11-miesięcznego dziecka. W miarę mnożenia się spostrzeżeń, istotnie, zauważono, że przedziurawienie jelita z następczem zajęciem otrzewnej zarówno zagraża w tyfusie wiekowi dziecięcemu, jak i późniejszemu, a jedynie dzieci naogół rzadziej zapadają na tyfus. Jedno, co odróżnia przedziurawienie jelita u dziecka, a na co kładzie nacisk i nasz rodak Czarnik, to ta mianowicie okoliczność, że objawy przedziurawienia u dzieci występują w znacznie mniej wybitnej postaci, aniżeli u osób dorosłych.

Z tego względu spostrzeżenie b. ściśle i wymagające szczególnej bacności winno być stosowane u dzieci, dotkniętych tyfusem brzuszny, ażeby nie opuścić chwili stosownej do wykonania zabiegu. Ten ostatni, oczywiście, winien być chirurgiczny w każdym przypadku t. j. bez względu na to, czy mamy do czynienia z zajęciem otrzewnej wskutek przedziurawienia, lub bez tego ostatniego. Zdaniem Biegańskiego, zapalenie otrzewnej w tyfusie bez przedziurawienia kończy się dość często pomyślnie. Koplík spostrzegał przypadek tyfusu u dziecka z objawami przedziurawienia jelita, nie ulegającego jakoby żadnej wątpliwości, a tymczasem nasiąpiło wyzdrowienie bez zabiegu operacyjnego. Na wyjątkach jednak nie możemy budować naszych wskazań do postępowania leczniczego, nie będąc w stanie przewidzieć nawet niekiedy, czy do zwykłego zapalenia otrzewnej nie przyłączy się każdej chwili przedziurawienie, jak to może wynikać z pierwszego przypadku Czarnika (p. wyżej). Jedynym wskazanym tu zabiegiem winno być cięcie brzuszne, tymbardziej, że podług statystycznych danych operacya ta u dzieci daje prawie 2 razy większy odsetek wyzdrowienia w porównaniu z wiekiem późniejszym, wbrew pesymistycznemu poglądom Biegańskiego, Broca, le Gendre'a i innych.

Np. Elsberg na 289 przypadków wogóle, operowanych z powodu przedziurawienia jelita w przebiegu tyfusu, przytacza wyzdrowień 25,9%; w tej liczbie poddanych było cięciu brzuszemu 25 dzieci poniżej lat 15, (najmłodsze miało 6½ r.), z których odzyskało zdrowie zupełne 16 osobników, co czyni

64% zejść pomysłnych. Z innych statystyk wynika jednakowoż, że wogóle śmiertelność u dzieci po operacji z powodu zapalenia otrzewnej podczas tyfusu brzuszego wynosi około 50% (u dorosłych ok. 75%). Nie wchodząc w szczegóły zabiegu, dodać wypada, że wskutek niewielkich rozmiarów otworu w przypadkach przedziurawienia jelita i nieznacznego zwykle nacieku ściany — nałożenie szwu jelitowego daje u dzieci b. dobre wyniki. W razie niemożności wykonania zaszycia otworu Nové-Josserand radzi wykonać omentoplastyczną operację lub wszycie jelita przedziurawionego w ścianę brzucha; wycięcie natomiast pętli poczytuje za przeciwwskazane w wieku dziecięcym.

Zbytecznym wydaje się dodawać, że i u dzieci tem lepszym staje się rokowanie, im wcześniej jesteśmy w stanie przystąpić do rękoczynu chirurgicznego.

Na zakończenie jestem zmuszony dodać jeszcze, że u dzieci zarówno jak i u dorosłych przedziurawienie jelita w tyfusie brzuszym występuje zwykle pomiędzy 3 i 4 tygodniem choroby, lecz zdarza się i wcześniej, powtórnie otwór bywa zwykle jeden, nader rzadko spostrzegano ich więcej. O t. zw. paratyfusie brak mi dotychczas wszelkich szczegółów i spostrzeżeń w zajmującej nas sprawie.

Co się tyczy z kolei ospy, to w dostępnem mi piśmiennictwie nie znalazłem wyraźnych danych, mogących świadczyć o spostrzeganiu powikłań w tej chorobie ze strony otrzewnej u dorosłych i u dzieci.

Biegański wspomina o możliwości występowania zapalenia otrzewnej w przebiegu ospy, lecz powikłanie to należy sobie tłumaczyć tem, że ropienie krost, które odbywa się pod wpływem zarazków ropotwórczych, staje się punktem wyjścia dla zakażenia różnych narządów, a zatem i otrzewnej. Nadmienię, że to ostatnie powikłanie tem łatwiej zdarzyć się może u dzieci, których ustrój, jak wiadomo, wogóle jest mniej odporny, a szczególnie błony surowicze, na wpływ czynników ropotwórczych. Związek jednak samego zakażenia ospowego z zapaleniem otrzewnej jest w tego rodzaju przypadkach nader pośredni, i to samo powikłanie o analogicznym charakterze patogenezy może grozić każdemu dziecku, któremu dokonano np. szczepienia ospy ochronnego.

Przytoczę jeszcze zdanie Lennandera ogólnikowe, albowiem nie poparte odnośnem spostrzeżeniem, że w przypadkach ospy, a także grypy, odry występuje jako powikłanie niekiedy zapalenie otrzewnej rozlane surowicze i przebiegające łagodnie.

Szkarlatyna, dająca ze wszystkich chorób zakaźnych w wieku dziecięcym największą bodaj liczbę różnorodnych powikłań, również nie obfituje w spostrzeżenia, dotyczące zapalenia otrzewnej. Biegański utrzymuje, że to ostatnie jest w szkarlatynie sprawą nader rzadką i że występuje w późniejszych okresach choroby razem z zapaleniem nerek.

Borkholm twierdzi, że sprawa szkarlatynowa może dawać w następstwie swego rozwoju powikłania septyczne we wszystkich narządach.

Novè-Josserand znów, mówiąc na kongresie lekarskim w Algierze 1907 r. o różniczkowem rozpoznawaniu zapaleń otrzewnej u dzieci, wspomniał, że z zapaleń otrzewnej pochodzenia zakaźnego paciorkowcowego najczęstszem jest zapalenie poszkarlatynowe. Pomimo twierdzeń powyższych ogólnikowych ze strony zupełnie poważnych przedstawicieli nauki, nie zdołałem spotkać się w piśmiennictwie z bardziej szczegółowymi faktami lub spostrzeżeniami, odnoszącymi się do tej sprawy. Jedynie dzięki uprzejmości paru kolegów — pedyatrow, za co niniejszem składam im serdeczne podziękowanie, znalazłem się w posiadaniu następujących przypadków kazuistycznych, przez Kolegów tych spostrzeganych.

1. Spostrzeżenie kol. Bondy'go. U 5 letniego chłopca w 3-im tygodniu łagodnie przebiegającej szkarlatyny wystąpiły nagle objawy ostrego zajęcia otrzewnej: wymioty, bóle i wzdęcie brzucha, bolesność tego ostatniego na dotyk; oczy zapadnięte, rysy twarzy wydłużone; tętno 140 drobne, C^0 39,6°; brak wypróżnień. Stan taki trwał około tygodnia (prócz wymiotów, które ustąpiły 3-go dnia), poczem B. zauważył stłumienie ograniczone w prawym dole biodrowym i w 5 dni potem przystąpiono do zabiegu chirurgicznego, mając do czynienia z ograniczonym ropieniem w odcinku brzucha, wyżej wymienionym. W czasie operacji wypłynęło około 1½ litra ropy, wyrostka robaczkowego jednak w polu operacyjnem nie wykryto. Przypadek ten zakończył się wyzdrowieniem. Z opisu sądząc, cała sprawa posiada cechy zapalenia wyrostka robaczkowego w prze-

biegu szkarlatyny przy braku wszelkich innych powikłań, ponieważ nawet, jak to wyraźnie zaznacza sam kol. Bondy, cierpienie nerek wcale nie miało miejsca.

2-ie spostrzeżenie kol. Bondy'go. 6-letnia dziewczynka 11-go dnia od chwili zachorowania na szkarlatynę zapadła na ostre zapalenie otrzewnej i opłucnej. Brzuch podczas badania na 3-ci dzień był wzdęty, niezmiernie bolesny na dotyk, przytem dało się stwierdzić stłumienie odgłosu opukowego, sięgające od wątroby do prawego dołu biodrowego, gdzie jednakże, jak to wyraźnie zaznacza sam kol. Bondy, odgłos opukowy był stosunkowo znacznie jaśniejszy. Powikłania ze strony nerek nie stwierdzono. Natomiast w prawej opłucnej znaleziono obecność płynu. Niestety, kol. Bondy miał możliwość widzieć przypadek powyższy tylko raz jeden, rozpoznawał też z pewnem wahaniem zapalenie otrzewnej (?) oraz zapalenie opłucnej prawdopodobnie ropne, lecz dalsze i ostateczne losy dziecka są mu zupełnie nieznanne.

Drugie 2 przypadki zakomunikowane mi zostały przez kol. Stan. Kamieńskiego.

1 przypadek dotyczył 9-letniej dziewczynki, dotkniętej szkarlatyną o b. ciężkim przebiegu. 8-go dnia choroby wystąpił dreszcz, ciepłota podniosła się i badanie brzucha stwierdziło stłumienie w dolnym odcinku tego ostatniego, jednakowe po obu stronach. Przekłucie próbne, wykonane w następstwie, wykazało obecność ropy. Jednocześnie zjawilo się zapalenie nerek oraz ropne zapalenie miedniczek nerkowych. Objawy zajęcia tych narządów były tak dalece poważne, że naskutek mocznicy musiano kilkakrotnie dokonać upustu krwi. W dodatku rozwinęło się prawostronne ropne zapalenie opłucnej. Gdy ciężki stan chorej, zależny od mocznicy, poprawił się nieco, przystąpiono do operacji, którą wykonał s. p. kol. Karczewski (nb. bez uśpienia ogólnego, lecz w znieczuleniu miejscowym). Najpierw dwoma cięciami otworzył ognisko ropne w jamie brzusznej, a w tydzień potem dokonał wycięcia żebra w celu otwarcia ropotoku opłucnej.

Ilość wysięku ropnego w brzuchu była bardzo znaczna i w następstwie przez sączki spore ilości ropy czas dłuższy się wydzielaly. Pomimo b. ciężkiego przebiegu pooperacyjnego, powikłanego nie tylko ze strony trwającego czas dłuższy za-

jęcia nerek z obrzękami, lecz również stanem maniakalnego pobudzenia, chora ta jednakże po kilku miesiącach wahania się pomiędzy życiem a śmiercią — wyzdrowiała w końcu zupełnie.

2-gi przypadek kol. Kamińskiego spostrzegany był przez niego wspólnie z kol. Jabłońskim i Br. Sawickim i dotyczył 12-letniego chłopca. Po przebyciu szkarlatyny z lekkim względnie zapaleniem nerek oraz ropnem zajęciem gruczołów szyjowych, do czego przyłączył się ropotok opłucnej dwustronny, stwierdzono pewnego dnia bóle w brzuchu a następnie stłumienie w dolnej części brzucha, zależne, jak się okazało, od ropnego zapalenia otrzewnej.

Wskutek tego kol. Sawicki wykonał odnośne zabiegi chirurgiczne zarówno w brzuchu jak i na klatce piersiowej, przy czem ilość ropy w jamie brzusznej była, jak i w poprzednim spostrzeżeniu, imponująco wielka. Przypadek ten zakończył się zejściem śmiertelnem.

Badania bakteryologiczne ropy w przypadkach powyżej opisanych skuteczzone nie były. Wreszcie mam do przytoczenia przypadek, spostrzegany osobiście z kol. Solmanem. Dotyczy on 10-letniego chłopca, który w 4-ym tygodniu po szkarlatynie obok zajęcia nerek dostał najpierw zapalenia ropnego opłucnej, następnie wystąpiło nagle zajęcie otrzewnej.

Po dreszczu, ciepłota podniosła się odrazu do 39°, chłopiec począł uskarżać się na bóle w brzuchu, dostał wymiotów, poczem po dniach kilku stwierdzono ograniczone stłumienie, zajmujące cały dolny odcinek brzucha poniżej pępka. Prof. Kosiński dokonał cięcia brzusznego pośrodku, dodawszy po bokach przeciwotwory. Po przecięciu powłok brzusznych wylała się kolosalna ilość ropy gęstej, bezwonnej. Jelita oddzielone były od ogniska zapalnego zrostami i odsunięte wgłąb brzucha. Przypadek ten, odznaczający się ciężkim przebiegiem pooperacyjnym, zakończył się wyzdrowieniem. Ropa badaniu bakteryologicznemu poddana nie była.

Jak widzimy z opisu powyższych przypadków, zapalenie otrzewnej w przebiegu szkarlatynowego zakażenia posiada skłonność do wytworzenia sprawy o charakterze ograniczonym.

Zapalenie migdałów (angina tonsillaris), częste cierpienie

wieku dziecięcego i występujące niekiedy nagminnie, bywało niejednokrotnie punktem wyjścia dla zapalenia otrzewnej, powstającego drogą przerzutową. Wylączam na tem miejscu te przypadki, w których zapalenie otrzewnej występuje, jako sprawa towarzysząca zapaleniu wyrostka robaczkowego w następstwie t. zw. anginy. Poniżej bowiem mowa będzie tylko o tych przypadkach zapalenia otrzewnej, które stanowią niewątpliwie bezpośrednio powikłanie zapalenia migdałów. Przypadków takich piśmiennictwo zawiera niewiele: pomijając Künzela, który opisał zajęcie otrzewnej po zapaleniu migdałów u osoby dorosłej, najbardziej zajmujące są przypadki Krogiusa i de la Chapelle'a, których spostrzeżenia dotyczą prawie wyłącznie dzieci lub b. młodych osobników dorosłych. Krogius u 4-letniej dziewczynki i u 2-letniego chłopca, a de la Chapelle u 14 dzieci poniżej lat 7-iu podczas epidemii anginy w Helsingforsie, spostrzegali zapalenie otrzewnej, spowodowane przez paciorkowce, które powiodło się otrzywać zarówno z wysięku w jamie brzusznej, jako też z wysięku na powierzchni migdałów. Przebieg sprawy bywał zwykle taki, że po ustąpieniu objawów zapalnych w gardle i po ustąpieniu stanu gorączkowego w $\frac{1}{2}$ — 3 dni później, niekiedy zaś bezpośrednio, występowały nagle ciężkie objawy ogólne w postaci utraty przytomności, bredzenia, drgawek, rozwolnienia, wymiotów, znacznie podniesionej ciepłoty, wzmożonej liczby białych ciałek we krwi poczem dopiero w 1—2 dni zaznaczyły się przedmiotowe objawy zajęcia otrzewnej. To ostatnie występuje w postaci sprawy rozlanej z wysiękiem surowiczoro-pnym z niewielką przymieszką włóknika; na powierzchni jelit spostrzegano liczne wybroczyny krwawe, natomiast w wyrostku robaczkowym, prócz nieznacznego przekrwienia, nie znajdowano zmian żadnych. Cierpienie powyższe odznacza się b. niepomyślnem rokowaniem: wszystkie przypadki Krogiusa i de la Chapelle'a zakończyły się śmiercią prócz jednego, operowanego (de la Chapelle). Nawet zabieg chirurgiczny, t. j. cięcie brzuszne, nic prawie pod tym względem uczynić nie jest w stanie z powodu ogólnego, ciężkiego zakażenia od samego początku sprawy. De la Chapelle operował w 9-iu przypadkach, z których jedno dziecko tylko wyzdrowiało, a z 2-ch przypadków Krogiusa — oba zakończyły się niepomyślnie wkrótce po operacji.

Dokładne rozpoznanie i, co za tem idzie, oznaczenie najpomyślniejszej chwili do wykonania zabiegu chirurgicznego utrudnione są w tej kategorii przypadkach zapalenia otrzewnej przez występowanie na plan pierwszy objawów ciężkich natury ogólnej i poprzedzających objawy miejscowe. Okoliczność powyższa przyczynić się może do przeoczenia pomyślnego czasu do interwencji chirurgicznej, co wobec złośliwości sprawy samej czyni rokowanie w niej istotnie rozpaczliwem.

Nie od rzeczy będzie przypomnieć na tem miejscu, że zapalenia otrzewnej u dzieci, wywołane przez paciorkowce, a nawet gronkowce, odznaczają się przebiegiem b. złośliwym i niemal wyłącznie prawie doprowadzają do zejścia śmiertelnego. Dla przykładu przytoczę spostrzeżenia odnośnie Riedela, który w 9 przypadkach u dziewczynek w wieku od 4½ do 9-iu lat miał do czynienia z zapaleniem ostrem otrzewnej paciorkowcowego i po części gronkowcowego pochodzenia, z których wszystkie zakończyły się śmiercią. Zajmujący jest w przypadkach Riedela punkt wyjścia sprawy: mianowicie u wszystkich 9-iu dziewczynek przyczyną zapalenia otrzewnej było wyłącznie zapalenie ropne jajowodów. Ponieważ jednocześnie dzieci te nie posiadały żadnych zmian ani w pochwie ani w macicy, Riedel przypuszcza, że zarazki ropotwórcze ominęły niejako te narządy i dopiero w jajowodach wywołały zapalenie ropne, które przez ujścia rozszerzyło się na otrzewną. W żadnym z przypadków R. gonokoków nie znaleziono. Odróżnienie sprawy tej od zapalenia wyrostka robaczkowego na pewnym stopniu rozwoju tego ostatniego jest, zdaniem Riedela, niemożliwem. Chirurg ten stał się tak dalece ostrożnym, że gdy ma operować zapalenie wyrostka robaczkowego u dziewcząt, zastrzega się co do wyniku operacji z góry, oświadczając rodzicom, że jeśli punktem wyjścia dla zapalenia ropnego otrzewnej okaże się jajowód, przypadek dany należy uważać za stracony.

Analogiczny przypadek spostrzegł Reichenbach, z tą różnicą, że u 8 letniej dziewczynki na miesiąc przed wybuchem zapalenia otrzewnej w postaci licznych ropni istniało zapalenie sromu i pochwy z wydzieliną ropiastą. I ten przypadek zakończył się niepomyślnie, z ropy zaś wyhodowano paciorkowca i gronkowca zł.

Przypadki zapalenia otrzewnej tego rodzaju, jak występu-

jące po zapaleniu migdałów, a dalej jak w spostrzeżeniach Riedela coraz bardziej dyskredytują w nauce pojęcie o t. zw. „zapaleniach pierwotnych“ otrzewnej, które uznawali do niedawna nawet tacy badacze i klinicyści, jak Dieulafoy, Nothnagel, Reitter i wielu innych.

Kiedy już mowa o schorzeniu narządów płciowych u dziewczynek, to stosownem będzie poświęcić z kolei słów kilka zapaleniu otrzewnej rzeżączkowemu, wikłającemu odnośne zapalenie sromu i pochwy.

Rzeżączka narządów zewnętrznych płciowych u małych dziewcząt nie jest wcale sprawą rzadką i osobiście niejednokrotnie miałem możność spostrzegać przypadki tego rodzaju w praktyce szpitalnej. Labadie Lagrave utrzymuje, że zapalenie rzeżączkowe sromu u dziewczynek z charakterystyczną wydzieliną jest najczęstszem umiejscowieniem tego zakażenia w wieku dziecięcym, a szerzącego się bądź to przez bliższe obcowanie z choremi osobami dorosłemi a nawet nieletniemi, bądź przez przedmioty zarażone, używane przez chorych rodziców lub opiekunów (bielizna, naczynia i t. p), bądź wreszcie drogą bezpośrednią przez zadanie gwałtu stosunkiem płciowym.

Z drugiej strony pomimo częstego względnie zajęcia rzeżączkowego sromu i pochwy, zapalenie otrzewnej, jako powikłanie tej sprawy, jest zjawiskiem nader rzadkiem. Nie potrzebuję dodawać, że w przypadkach zajęcia otrzewnej zakażenie gonokokami odbywa się drogą wstępującą t. j. przez stopniowe schorzenie macicy i jajowodów.

Obraz kliniczny rzeżączkowego zapalenia otrzewnej nie zawsze jest jednakowy, przyczyna zaś tego zjawiska tkwi w tem, że gdy w jednych przypadkach mamy do czynienia z pojedynczem zakażeniem rzeżączkowym, to w innych występuje zakażenie mieszane ze współdziałaniem paciorkowców i gronkowców. W przypadkach wyłącznie rzeżączkowego pochodzenia początek zajęcia otrzewnej bywa również burzliwy i niepokojący, jak w zajęciu otrzewnej, powodowanem innymi zarazkami, np. paciorkowcami, pneumokokami i t. p. W tym okresie, zd. Broca, Comby, Cuffa odróżnienie od innych zapaleń ostrych otrzewnej jest prawie nie do osiągnięcia. Po 3—4 dniach jednakże obraz prawie nagle zmienia się, stan ogólny poprawia

się szybko, i następuje wyzdrowienie na drodze samoistnej, bez uciekania się do zabiegu operacyjnego, który niektórzy chirurgowie uważają z tego względu nie tylko za zbyteczny, lecz i za niewskazany z wyjątkiem przypadków wątpliwych (Nové-Josserand, Broca, Kirmisson). Le Gendre i Broca tego rodzaju zapalenia otrzewnej nazywają: „peritonite à gonocoques des petites filles sans épanchement“. Istotnie b. często rzeżączkowe zajęcie otrzewnej przebiega pozornie bez wysięku, przypadki jednak spostrzegane przez Cushinga zdają się świadczyć, że zapalenie to przebiega w postaci rozlanego zapalenia włóknikowego, a niekiedy i surowiczoro-pnego, jak to wynika z przypadku, opisanego przez Wettego i zakończonego wyzdrowieniem po operacji.

Odmienny zupełnie obraz kliniczny przedstawiają przypadki z zakażeniem mieszanym, które nie jest tak rzadkie wbrew mniemaniu autorów francuskich, a jak tego dowodzą spostrzeżenia Wittego, Martina, Epsteina i wielu innych. W. Sterling zebrał z piśmiennictwa 5 przypadków zapalenia rzeżączkowego otrzewnej u dzieci, u których wystąpiło zakażenie mieszane przez dwoinki Neissera i paciorkowce lub gronkowce, przytem w niektórych przypadkach w wydzielinie z pochwy znajdowano wyłącznie gonokoki, a w wysięku zapalnym w otrzewnej jedynie zarazki ropotwórcze lub jedne i drugie. W tego rodzaju przypadkach zajęcia otrzewnej pierwotny stan ciężki chorych nie poprawia się, przeciwnie z biegiem czasu następuje pogorszenie, wymagające zabiegu chirurgicznego.

Zapalenie otrzewnej rzeżączkowego pochodzenia u dzieci przy udziale zakażenia mieszanego bywa prawie zawsze rozlane i daje też pod każdym względem rokowanie znacznie gorsze, aniżeli postać poprzednią; na szczęście, zdaniem większości autorów, występuje ono d. rzadko. Z zestawienia Sterlinga wynika, że w zapaleniu otrzewnej o zakażeniu mieszanym ulega zejściu śmiertelnemu $\frac{2}{3}$ chorych dziewczynek; Cuff z 4 przypadków (niestety nie wiadomo mi, jakiego był typu) miał po zabiegu operacyjnym 2 zejścia niepomyślne.

Wogóle sprawa zapalenia rzeżączkowego otrzewnej u dzieci ze względu na niezbyt obfity materiał nie jest jeszcze dostatecznie wyświetlona i opracowana, stąd powstaje różnica w zdaniach co do rokowania i leczenia u rozmaitych autorów. Po-

nieważ badanie bakteryologiczne wydzieliny z pochwy nie rozstrzyga sprawy pod względem wskazań lub przeciwwskazań do operacji, jak to przekonał się, albowiem obecność czystych gonokoków w pochwie nie wyłącza zakażenia mieszanego w otrzewnej, należy indywidualizować w każdym przypadku.

Osobiście nie miałem sposobności spostrzeżać tego d. rzadkiego powikłania rzeżączki u dzieci, uważam jednak, że należałoby w poszczególnych przypadkach trzymać się takiej taktyki, ażeby w razie nieustępowania początkowych objawów burzliwych po upływie 3—4 dni lub w razie ukazania się pierwszych objawów wysięku w jamie otrzewnej, — przystępować bezzwłocznie do operacji.

Nadmienić jeszcze muszę, że w niektórych razach zapalenie rzeżączkowe otrzewnej u małych dziewczynek może przebiegać od początku przewlekłe, dając obraz t. zw. pelvi-peritonitis, czyli zapalenia otrzewnej miednicznej. Na tej zasadzie Saenger zwraca uwagę, że nieraz spotykane pozostałości charakteru zapalnego w miednicy małej u młodych 15—20 letnich dziewczyn są następstwem przebytego w dzieciństwie przewlekłego zapalenia rzeżączkowego otrzewnej.

Przechodząc następnie do zapalenia otrzewnej, jako powikłania w dyzenteryi, zauważyć wypada, że zapalenie to przebiegać może pod postacią sprawy ograniczonej i sprawy rozlanej, będącej następstwem przedziurawienia ściany jelita na miejscu owrzodzenia, lub też zakażenia per continuitatem. Co się tyczy pierwszej postaci, to ta rozwija się powoli, stopniowo: otrzewna nad wrzodem ulega zmianom zapalnym i dzięki temu wytwarzają się zrosty bez żadnych burzliwych objawów (Biegański).

Dopiero więc niekiedy po przebyciu dyzenteryi mogą występować objawy ucisku, przegięcia i t. p. jelit, doprowadzające nawet do zupełnego zamknięcia światła tych ostatnich. — W postaci rozlanej, a szczególnie będącej następstwem przedziurawienia jelita, objawy kliniczne nie różnią się od objawów analogicznych powikłań w innych sprawach wrzodziejących żołądka i jelit i przypadki te wymagają oczywiście szybkiej pomocy chirurgicznej.

Co się tyczy innych chorób zakaźnych, właściwych prze-
ważnie wiekowi dziecięcemu, to o powikłaniu odry przez zapa-
lenie otrzewnej nie powiodło mi się zebrać żadnych danych,
prócz wzmianki Lennandera, z czego wnoszę, że tego rodzaju
powikłanie w tej sprawie chorobowej należy zapewne do wy-
jątków. To samo dotyczy błonicy, co do której tylko jeden
Bendix wspomina, że zdarza się zapalenie otrzewnej w przebie-
gu tego cierpienia.

Pozostała nam do omówienia jeszcze jedna sprawa natury
zakaźnej, aczkolwiek zapewne mniej zaraźliwa w porównaniu
z wyżej wymienionemi, t. j. zapalenie otrzewnej u dzieci po-
chodzenia pneumokokowego. Wyraziłem się „mniej zaraźliwa“,
nie chcąc tem samem dać do zrozumienia, że zakażenie pneumo-
kokowe wcale nie udziela się otoczeniu. Przeciwnie, o pewnej
zaraźliwości spraw, wywoływanych przez pneumokoki, np. za-
palenia płuc, wypowiadają się w sensie twierdzącym Szwajcer,
Zawadzki, Sierpiński, Iwanicki, Raczyński i wielu innych naszych
i obcych autorów. Po wtóre, że sprawa wyżej wymieniona
jest natury zakaźnej, świadczy to, iż we wszystkich cierpieniach
miejscowych, wywoływanych przez pneumokoki, różni badacze
znajdowali prawie zawsze obecność tych zarazków we krwi,
czyli innemi słowy, sprawy te należy uważać za miejscowy wy-
raz zakażenia ogólnego, t. zw. „pneumococcae“.

Rezerwując sobie rozpatrzenie szczegółowsze i bardziej
wyczerpujące patogenezy i istoty sprawy zapalenia pneumoko-
kowego otrzewnej na innem miejscu, tutaj ograniczę się do
tych stron omawianego cierpienia, które posiadają pewną do-
niosłość z chirurgicznego punktu widzenia.

Przedewszystkiem zaznaczyć wypada, że zapalenie pneumo-
kokowe otrzewnej nie jest wyłączną właściwością wieku dzie-
cięcego, zdarza się ono bowiem i u dorosłych, lecz u tych
ostatnich punkt wyjścia sprawy i przebieg kliniczny przedsta-
wiają cechy nieco odmienne i nie tak typowe. Tak, np. u dzieci
względnie rzadko, podług Bowena w 33½%, podług innych w 25%
zapalenie otrzewnej poprzedzone bywa przez zapalenie płuc
włóknikowe, u dorosłych przeciwnie to ostatnie najczęściej by-
wa punktem wyjścia sprawy (Jensen). U dzieci sprawa może
brać początek w migdałach, w uchu; lecz najczęściej wyraźnego
ogniska chorobowego odszukać się nie udaje. Wogóle co do

sposobu przedostawania się pneumokoków do otrzewnej, zdania badaczy i autorów są podzielone. Przyjęto 3 główne drogi, którymi odbywać się może zakażenie, mianowicie: 1) drogą naczyń krwionośnych, 2) z jelit przez ściany tych ostatnich, 3) przez narządy płciowe u dziewcząt.

Jeśli przyjąć drogę naczyń krwionośnych, t. j. przerzutową, to należy przypuszczać istnienie ognisk pierwotnych w ustroju, z których pneumokoki przedostawały by się do jamy otrzewnej. Tak bywa istotnie w niektórych przypadkach, jak to wyżej zaznaczyłem; w innych droga dostania się pneumokoków do krwi jest trudną do określenia, co jednak zdaniem Brunna nikogo dziwić nie powinno! Na korzyść krwiopochodnego powstawania zapalenia pneumokokowego otrzewnej wypowiadają się głównie francuscy klinicyści z Michautem, Broca i innymi na czele. Natomiast niemieccy i angielscy badacze są skłonni uważać przewód pokarmowy za punkt wyjścia dla zakażenia otrzewnej pneumokokami.

Jensen wykonywał odnośne doświadczenia na zwierzętach, prócz tego w jelitach u dzieci, chorych na zapalenie otrzewnej, znajdował pneumokoka; w zapaleniach jelit u dzieci o przebiegu przewlekłym, w owrzodzeniach błony śluzowej znajdowano również omawiany zarazek; Flexner opisuje 2 przypadki zapal. otrzewnej pneumokokowego pochodzenia, przytem w różnych warstwach ścian jelita znaleziono odnośny drobnoustrój. W niektórych przypadkach zakażenie bywa mieszane, z udziałem l. okrężnicy, lub l. Kocha, wówczas jednak obraz kliniczny jest zaciemniony.

Na zarzut, że dostawanie się pneumokoka do otrzewnej przez kanał pokarmowy (np. z jamy ustnej, gardzieli) jest niemożliwe, gdyż zarazek ten ginie w soku żołądkowym, jako na podłożu kwaśnem, Jensen odpowiada, że na kwasach pneumokok nie rozmnaża się, lecz żywotności nie traci, i dostawszy się do jelit, dalej rozwijać się może, powodując u dzieci t. zw. „enteritis pneumococcica“.

Na korzyść powstawania zapalenia pneumok. otrzewnej przemawia do pewnego stopnia i ta okoliczność, że prawie zawsze towarzyszy mu rozwolnienie. Wreszcie zwrócono uwagę na narządy płciowe u dziewcząt, z których to narządów może przedostawać się zarazek przez jajowody do otrzewnej.

Mniemanie to nie jest pozbawione pozornej słuszności, gdyż przedewszystkiem na omawiane zapalenie otrzewnej zapadają prawie wyłącznie dziewczynki. Michaut opisuje 6 przypadków, dotyczących chłopców z ogólnej liczby 27-iu własnych spostrzeżeń; inni autorowie również zaznaczają rzadkie zapadanie chłopców na sprawę powyższą. Z drugiej strony jednak fakt, że płeć męzka nie jest wyłączona z tej kategorii chorych, (Bossowski, Brun), po-wtóre, że nigdy jakoby nie znaleziono pneumokoków, jak się okazuje, u dziewczynek w wydzielinie z pochwy, i że, jeśli znaleziono pneumokoka w narządach płciowych, to jedynie w jajowodach w ropnych sprawach w nich i to tylko u dorosłych, należy uważać narządy płciowe u dziewczynek za najmniej podatną drogę do szerzenia się zakażenia pneumokokowego na otrzewną.

Najsłuszniuszem wydaje mi się stanowisko wobec tej sprawy Salzera, który nie odrzuca zasadniczo żadnej z dróg wyżej wymienionych, sądząc, że każda z nich wobec pewnej zaraźliwości zarazka, zmniejszonej odporności otrzewnej i innych usposabiających czynnikach, — jest do przyjęcia zależnie od przypadku. Osobiście spostrzegałem 7 przypadków zapalenia otrzewnej pneumokokowego, z których wszystkie dotyczyły dziewczynek, przyczem w jednym przypadku sprawę poprzedziło zapalenie płuc, we wszystkich innych droga zakażenia pozostała nieznaną. Nadmienię jeszcze, że w dwóch przypadkach okazało się nieco b. skąpego wypływu z pochwy, pneumokoków jednak w wydzielinie tej nie wykryto. Natomiast we wszystkich przypadkach początkowi sprawy, jak się okazało z wywiadów, towarzyszyło dłużej lub krócej trwające rozwolnienie.

Przebieg kliniczny zapalenia pneumokokowego otrzewnej przedstawia się u dzieci, jak następuje. Zazwyczaj pośród zupełnego zdrowia występują nagle objawy ogólne i miejscowe w postaci bólów brzucha, podniesienia ciepłoty do 39 i 40°, częstego i nitkowatego tętna, wymiotów i rozwolnienia, a niekiedy też braku przytomności. Wogóle obraz początkowy choroby jest b. ciężki i budzący obawy o los pacyenta.

Ból brzucha nie jest ściśle umiejscowiony, lecz często choroby uskarżają się na dolegliwości w prawym dole biodrowym podobnie, jak w zajęciu wyrostka robaczkowego. Wymioty

nie przedstawiają nic charakterystycznego, natomiast b. częstym objawem, towarzyszącym zapaleniu pneumokokowemu otrzewnej u dzieci, jest rozwolnienie. Na fakt ten wszyscy autorowie zwracają szczególną uwagę, przypisując mu rozstrzygające pod względem rozpoznawczym znaczenie. Rozwolnienie zjawia się rzadko przed zachorowaniem, częściej występuje jednocześnie lub w parę godzin, a najpóźniej w 1—2 dni po wybuchu sprawy, i trwa od kilku do kilkunastu dni, czasami dłużej. Wypróżnienia (4—5 razy na dobę) są silnie cuchnące, zawierają śluz, niekiedy przymieszkę krwi. Aczkolwiek biegunka jest istotnie objawem niezmiernie swoistym dla omawianej sprawy, co np. osobiście stwierdziłem we wszystkich własnych przypadkach, jednakże istnieją spostrzeżenia zapalenia pneumokokowego otrzewnej, przebiegającego z zaparciem stolca (Kaos). Wreszcie Salzer zwraca uwagę, że w trzech spostrzeganych przezeń przypadkach wystąpiły opryszczki na wargach (herpes labialis), inni klinicyści spostrzegali to samo w 5-ciu przypadkach. Jak wiadomo, opryszczki te często towarzyszą zapaleniu płuc włóknkowemu.

Po ciężkich objawach początkowych, trwających 1—3 dni, następuje drugi okres choroby, zmierzający do wytworzenia się ograniczonego ropnia w jamie brzusznej. W rzadkich jeno przypadkach stan nie poprawia się i bądź to sprawa kończy się w ciągu 24—48 godzin w objawach ciężkiego septycznego zapalenia otrzewnej, przebiegającego prawie bez wysięku, bądź też rozwija się ogólne ropne zapalenie, trwające dłużej, gdyż 3—8 dni, lecz odznaczające się również złem rokowaniem. Te dwie ostatnie postaci występują jednak częściej u dorosłych, u dzieci zaś sprawa kończy się prawie zawsze (w 75%) zejściem w otorbione ropne zapalenie otrzewnej. Mianowicie, po początkowym burzliwym okresie, ciepłota obniża się, tętno poprawia, bóle w brzuchu zmniejszają się stopniowo — jest to okres tworzenia się ropnia (względnie — paru ropni ograniczonych) umiejscowionego zwykle w okolicy pępka i ku dołowi od tego ostatniego, i trwający 4—6 tygodni, podczas których jednak dziecko ulega d. znacznemu wyniszczeniu. Jeśli do tego trwa w dalszym ciągu rozwolnienie, to istotnie obraz kliniczny w tym okresie przypomina bardzo zajęcie otrzewnej gruźliczego pochodzenia.

Nareszcie, o ile nie ma miejsca wcześniej zabieg chirurgiczny, to następuje ostatni epizod sprawy, t. j. otwarcie się ropnia na drodze samoistnej. Odbywa się to w ten sposób, d. charakterystyczny, że pod koniec okresu drugiego t. j. po 5—6 lub więcej tygodniach pępek nieco wyrównywa się, coraz bardziej wypukła, wreszcie skóra na nim czerwienieje i pęka, dając ujście ropie na zewnątrz.

Osobiście miałem możność spostrzegania tego faktu u 4 letniej dziewczynki, u której w chwili badania przeze mnie, wskutek napięcia się mocnego powłok brzusznych wskutek krzyku, otworzył się ropień otrzewnej przez mocno wypukłony pępek. Zdaleka ten ostatni czynił wrażenie przepukliny pępkowej; bliższe oględziny jednak pozwoliły zauważyć rozciągniętą i nader zcieńczałą skórę, tak, że w czasie ruchów oddechowych widziało się przez nią jak gdyby przez przezroczystą jakąś błonę przesuwanie się płynu ropnego w jamie brzusznej. Nie zawsze jednak zejście tej sprawy ma miejsce drogą powyżej opisaną: spostrzegano bowiem opróżnienie się ropnia do pęcherza moczowego, u dziewczynek — do pochwy, są to jednak przypadki d. wyjątkowe. W innych znów razach dzieci umierają z wyniszczenia, zanim to lub inne otwarcie ropnia zdąży mieć miejsce. Ropa w zapaleniu pneumokokowym otrzewnej gromadzi się zwykle w większej ilości tak, że wypełnia nieraz literalnie cały brzuch i, znajdując się pomiędzy siecią i powłokami brzuszными, odsuwa jelita ku kręgosłupowi, oddzieliwszy się od nich za pomocą jednolitej ściany ze zrostów. Wyrostek robaczkowy nie ulega zmianom zapalnym w tej sprawie i w czasie zabiegu widocznym nie jest, z wyjątkiem przypadków ropnego zapalenia rozlanego.

Wygląd ropy przypomina zupełnie charakter wysięku ropnego w przypadkach ropotoku opłucnej: ta sama barwa zielonawo-żółta, brak wszelkiego zapachu, te same gęste i obfite złogi włóknika, w których najłatwiej znaleźć jest pneumokoki. Jak już wspomniałem jednak, bywają i postaci zakażenia mieszanego — gmatwające obraz przebiegu klinicznego. Dla tego też należy w każdym przypadku poddać ropę badaniu bakteriologicznemu, otrzymana bowiem czysta hodowla pneumokoków daje możność i ścisłego ostatecznego rozpoznania i lepszego rokowania.

Chirurg ma zazwyczaj do czynienia z zapaleniem pneumokokowym otrzewnej w okresie drugim lub trzecim (po otwarciu się ropnia), rzadko ma możliwość spostrzegania sprawy od samego początku. Osobiście we wszystkich moich przypadkach widziałem chorych w późnych okresach choroby; szczęśliwszymi odemnie pod tym względem można nazwać innych jak np. Nowickiego z Kijowa, który miał możliwość spostrzegania zapalenia pneumokokowego otrzewnej w swym przypadku od samego początku sprawy. Zarówno jednak we wszystkich okresach rozpoznanie może nie być łatwe, wbrew mniemaniu Dieulafoya, Broca i innych.

Po-pierwsze w początkowym okresie można wziąć zapalenie pneumokokowe otrzewnej za tyfus, co się nieraz zdarzało i zdarzać się będzie z powodu wielkiego podobieństwa w pierwszej chwili zachorowania. Jednakże bóle i bolesność brzucha w tyfusie są mniej wybitne, dalej—mamy często powiększenie śledziony, wreszcie możemy się uciec do próby Widala; co się zaś tyczy diazoreakcyi, to spostrzegano ją i w przypadkach zapalenia pneumokokow. otrzewnej (Jensen).

Po-wtóre sprawa, o której mowa, posiada niekiedy wiele podobieństwa w początkach swego powstania do zapalenia wyrostka robaczkowego. A nie jest obojętne dla chirurgii rozpoznanie wczesne tego ostatniego ze względu na istniejący współczesny wybitny prąd w kierunku jaknajwcześniejszego operowania w tych razach. Przeciwnie zaś, jak i poniżej jeszcze będzie o tem mowa, w przypadkach zapalenia otrzewnej poch. pneumokokowego większość chirurgów odkłada zabieg do chwili wytworzenia się ropnia wyraźnego ograniczonego. W celu ustalenia rozpoznania różniczkowego starano się wydatniać niektóre objawy, jakoby tylko i wyłącznie właściwe zapaleniu pneumokokowemu otrzewnej. Do takich objawów zaliczano rozwolnienie. Istotnie, jest to objaw, jak sam stwierdziłem, nader charakterystyczny, lecz nie bezwzględnie pewny.

Wiadomo nam już bowiem, że z jednej strony bywają zapalenia pneumok. otrzewnej, w których występuje zaparcie, z drugiej zaś strony rozwolnienie towarzyszy niekiedy początkowi zapalenia wyrostka robaczkowego, aczkolwiek w dalszym przebiegu tej sprawy ustępuje miejsca porażeniu jelit. Tak np. Quintard zebrał z piśmiennictwa 42 przypadki biegunki w po-

czątkach zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci do lat 13. To samo spostrzegł Jensen, Mourad (w 16 przypadkach); Haim zaś zwraca szczególną uwagę na to, że w zapaleniu wyrostka rob., powodowanem przez paciorkowce, prawie zawsze sprawa rozpoczyna się od rozwolnienia. Zdaniem prof. Rydygiera, wielu innym zapaleniom otrzewnej towarzyszyć może biegunka, szczeg. w przypadkach zakażenia popołogowego, aczkolwiek wytłomaczenie istoty tego powikłania jest b. trudne. Dalej Quintard zwraca uwagę na to, że w przypadkach zapal. wyrostka robaczkowego nigdy nie mają miejsca objawy mózgowy, co się zdarza w początkach zapal. pneumokokowego otrzewnej.

Inni autorowie zaznaczają, że bolesność brzucha, owa t. zw. „*défense musculaire*“, nigdy tu nie ma miejsca w tak charakterystycznym stopniu, jak w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego. Wszystkie te dane jednak nie posiadają cech dostatecznej pewności.

Oczywiście, że w późniejszych okresach trudności rozpoznawcze ustępują, w początkach jednak mogą one wprawić najdoświadczonego lekarza w kłopot nielada. Niekiedy nie pozostaje nic innego, jak przystąpić jaknajspieszniej go zbadania krwi, z której w przypadkach zakażenia pneumokokowego otrzewnej powiodło się niejednokrotnie wyhodować właściwy zarazek. Występuje tu atoli jeszcze jedna trudność, mianowicie istnieją zapalenia wyrostka robaczkowego pneumokokowego pochodzenia, a wówczas zbadanie krwi może w błąd wprowadzić. Z drugiej strony tego rodzaju przypadki są względnie rzadkie i jeśli powstaje zapalenie wyrostka pneumokokowego, to zazwyczaj powikłane zakażeniem mieszanem ze strony l. okrężnicy.

W późniejszych okresach, gdy wytworzy się ropień otorbiorny, a jeszcze bardziej, gdy nastąpi otwarcie przez pępek, — rozpoznanie z konieczności przechyla się już stanowczo na stronę zapalenia pneumokokowego otrzewnej.

Jest jeszcze trzecia sprawa chorobowa, o której pobieżnie wspomniałem, a która w 2-im i 3-im okresie zapalenia pneumokokowego otrzewnej ma pewne z nią podobieństwo, mianowicie gruźlica otrzewnej. Jednakowoż ta ostatnia nigdy prawie nie ma tak gwałtownego i ostrego początku, po-wtóre wysięk nie przedstawia się tak jednolicie, zwykle wyczuwa się zgru-

bienia i zrosty otrzewnej, wreszcie w przypadkach przedziurawienia pępka w gruźlicy powstaje najczęściej przetoka kałowa.

Tak więc, wbrew zdaniu Dieulafoy, który o objawach zapalenia pneumokokowego otrzewnej utrzymuje, że „on ne retrouve (les symptômes) en complet dans aucune autre maladie abdomino — péritoneale“ — rozpoznanie tego cierpienia natrafić może na wielkie trudności.

W większości jednak przypadków na zasadzie wyżej przytoczonych objawów można uczynić przypuszczalne rozpoznanie. Mam w tej chwili na myśli przypadek, łaskawie zakomunikowany mi przez kol. W. Żurakowskiego, gdzie, pomimo braku badania bakteryologicznego, na zasadzie klinicznych objawów można przypuszczać, że miano do czynienia z zapaleniem otrzewnej pneumokokowego pochodzenia *).

W przypadku tym sprawa trwała około 5 tygodni, zanim dziecko — dziewczynka 7 letnia — dostała się w opiekę chirurgiczną. O początku sprawy wiadomo niewiele: podobno miał miejsce uraz brzucha przed 2 miesiącami, fakt jednak niezaprzeczony, że wystąpiły nagle gorączka i bóle w brzuchu. Jeśli dodamy do tego i ograniczony ropień w jamie brzusznej w okolicy i poniżej pępka, zmiany zapalne w skórze pępka o sinawo-fioletowem zabarwieniu, znaczną ilość ropy nie cuchnącej, zmiany w płucach o charakterze pneumonicznym, wreszcie zablźnienie się ran i wygojenie zupełne sprawy po upływie 3 ch miesięcy, to z b. znacznem prawdopodobieństwem możemy rozpoznać zapalenie otrzewnej pneumokokowego pochodzenia.

Co się tyczy leczenia, to oczywiście może i winno być ono jedynie chirurgiczne. Jako najodpowiedniejszą chwilę do zabiegu większość chirurgów uważa drugi okres po wytworzeniu się otorbionego ogniska ropnego, co ma miejsce około 10 dnia. Od tej chwili zaczynając z zabiegiem już zwlekać nie należy, ryzykując upadek sił i wyniszczenie dziecka. W przypadkach przetoki pępkowej nie można liczyć na samoistne wyzdrowienie, co jakoby w jednym przypadku spostrzegał Broca,

*) Zmuszony jestem zaznaczyć na tem miejscu, że podług Nové-Josseranda badanie przez otrzymywanie hodowli jest niekiedy niewystarczającym. Jedyne pewny sposób, jest to wsrzykiwanie wysięku zwierzętom, z których np. myszy białe giną wkrótce wskutek zakażenia ogólnego (sepsis).

lecz należy rozszerzyć otwór w celu zapewnienia swobodnego odpływu wydzieliny, w której mamy już zwykle wówczas obecność zarazków mieszanych.

Zbyt wczesne przystąpienie do cięcia brzuszego w przypadkach zapalenia pneumokokowego otrzewnej, t. j. w pierwszych dniach, jest przeciwwskazane, nie przynosi ono bowiem, jak się przekonano (Salzer, Broca, Kirmisson), żadnego pożytku i większość chirurgów uważa postępowanie takie nawet za szkodliwe i niebezpieczne. Wyjątek stanowi ogólne ropne pneumokokowe zapalenie otrzewnej, które należy traktować jak wszelkie ostre ropne rozlane zapalenie tego narządu. Jeśli w przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego jak najwcześniejszy zabieg ma swe usprawiedliwienie w dążności usunięcia chorego narządu, będącego punktem wyjścia zakażenia otrzewnej, to wczesne przystępowanie do operacji w zapaleniu pneumokokowym nie posiada za sobą powyższego argumentu. Tutaj, podobnie jak w zapaleniu opłucnej, operujemy wówczas, gdy mamy dane, że ropa się w niej już wytworzyła.

Wogóle wskazania do zabiegu w przypadkach zapalenia pneumokokowego otrzewnej sformułował bym w sposób następujący: 1) należy operować bezwzględnie w okresie 2-im i 3-im i w okresie pierwszym, o ile rozwinęło się ogólne ropne zapalenie otrzewnej. W ogólnym septycznym (suchem) zapaleniu (sepsis peritonei) należy zabiegowi chirurgicznemu zaniechać. 2) w okresie pierwszym, o ile wszelkie objawy w połączeniu z wywiadami wzgl. z badaniem krwi umacniają nas w rozpoznaniu zapalenia pneumokokowego otrzewnej, należy zabieg odłożyć na później. W razie zaś poważnych wątpliwości, azali mamy w niektórych razach do czynienia z zapal. wyrostka robaczkowego, należy raczej przystąpić do zabiegu, jeśli się jest zwolennikiem postępowania radykalnego, pamiętając o tem, że bądź co bądź znacznie częstszem jest zapalenie wyrostka robaczkowego, aniżeli zapalenie pneumokokowe otrzewnej. Sam zabieg operacyjny polega na cięciu brzuszem w linii środkowej poniżej pępka z dodaniem przeciwotworów w różnych punktach w miarę potrzeby.

Po wydaleniu wydzieliny ropnej chirurgowie postępują dość rozmaicie: jedni wyplukują jamę ropnia rozczyn. fizyol. NaCl,

inni wstrzymują się od tego zabiegu i przystępują do niego tylko wówczas, gdy w następne dni stan gorączkowy trwa dalej, wydzielina zatrzymuje się lub zaczyna cuchnąć. Osobiście trzymam się tego drugiego sposobu postępowania, nie widziałbym jednak dostatecznych powodów do wypowiedania się przeciwko pierwszemu. Następnie francuscy chirurgowie po operacji wprowadzają do jamy ropnia wzgl. do jamy Douglasa sączki gumowe. Co do tego postępowania chciałbym uczynić pewne zastrzeżenia.

Na zasadzie osobistego doświadczenia śmiem twierdzić, że sączkowanie jamy ropnia o tyle jest dopuszczalne zaraz po zabiegu, o ile przypadek sam jest d. świeży, dziecko nie wyniszczone, co rzadko się zdarza pod koniec drugiego okresu. Wskutek bowiem wyniszczenia całego ustroju i małej odporności wszelkich tkanek sączki łatwo powodują odleżyny i przedziurawienie jelit nawet po przez istniejące zrosty, co spostrzegłem już w parę dni po operacji w dwóch przypadkach u b. wyniszczonych dziewczynek z przetokami pępkowemi. Polecałbym zatem w tego rodzaju przypadkach sączkowanie za pomocą wprowadzonych pasków gazy, co zresztą z powodzeniem wykonywali Mikulicz, Bossowski, Żurakowski. W następstwie po poprawie stanu ogólnego można uciec się i do sączkowania w miarę potrzeby.

Odsetki śmiertelności po zabiegu operacyjnym w przypadkach zapalenia pneumokokowego otrzewnej ograniczonego przedstawiają się niejednakowo u rozmaitych autorów, mianowicie:

Michaut spostrzegął	9,9%	przyp. śmiertelnych
Nové-Josserand przytacza	10%	" "
Jensen	" 36,21%	" "
Stebelin-Kamiński	" 37%	" "

Z siedmiu przeze mnie spostrzeganych przypadków śmierć nastąpiła po operacji w 3 przypadkach, co stanowiłoby przeszło 42% śmiertelności; jeśli jednak wziąć pod uwagę, że wogóle wszystkie przypadki, z którymi miałem do czynienia, przedstawiały obraz sprawy daleko posuniętej, ze znacznym wyniszczeniem dzieci, że w jednym z owych trzech przypadków nastąpiło powikłanie po zabiegu w postaci dwustronnego zapalenia płuc, a w drugim powikłanie przez odrę o b. złośliwym przebiegu,

to mamy do pewnego stopnia wyłomaczenie tej wysokiej liczby zejść niepomysłnych. Sądzę, że analogiczna przyczyna sprawia, że statystyki francuskich autorów są pod tym względem znacznie lepsze (Michaut, N. Jossierand) od statystyk chirurgów innych narodowości. Rzecz bowiem cała polega na tem, że we Francyi sprawę zapalenia pneumokokowego otrzewnej poznano i opracowano dotychczas lepiej, aniżeli w innych krajach, dzięki temu, być może, koledzy francuscy rozporządzając większem doświadczeniem mają sposobność wcześniej przystępować do operacji, aniżeli to może mieć miejsce gdzieindziej.

U nas sprawa ta również dotychczas była stosunkowo b. mało poruszana w piśmiennictwie lekarskiem. Prócz prac kol. Nowickiego i Bossowskiego nie zdołałem wyszukać obszerniejszych rozpraw, dotyczących tego przedmiotu. Z powyższych względów powziąłem myśl poświęcenia sprawie tej nieco więcej miejsca i na zakończenie pozwolę sobie przytoczyć w krótkości następujące przypadki zapalenia pneumokokowego otrzewnej, osobiście spostrzegane.

1. N. N. 3 letnia dziewczynka po przebyciu zapalenia płuc włóknikowego zapadła na ogranicz. zapalenie otrzewnej z umiejscowieniem sprawy w dolnym odcinku brzucha po środku. O początku sprawy od rodziców mało inteligentnych nic pewnego dowiedzieć się nie mogłem. Rozwolnienia podobno nie było. W chwili badania, w $3\frac{1}{2}$ tygodnia po zapal. płuc, znalazłem stłumienie poniżej pępka, ten ostatni zaś silnie wypukłony, skóra na nim cienka napięta, nieco zaczerwieniona. T^o 39^o. W mojej obecności podczas krzyku dziecka skóra na pępku otworzyła się samoistnie i z głębi jamy brzusznej poczęła łać się ropa nie cuchnąca, zielono-żółtej barwy ze złoгами niewielkimi włóknika. Badanie bakteryologiczne ropy, schwyconej do wyjałowionego naczynia, dało czystą hodowlę pneumokoka. Na zabieg operacyjny matka dziecka na razie nie przystała; dziecko straciłem z oczu, wiem natomiast z pewnego źródła, że wskutek gorączki i zatrzymywania się wydzieliny operacja została w końcu wykonaną przez innego lekarza z zejściem pomyślnem.

2. A. P. 3 letnia dziewczynka, jak się okazało z wywiadów, zachorowała nagle na prowincyi w objawach d. typowych: wymioty, gorączka, bóle w brzuchu, rozwolnienie. Ponieważ po ustąpieniu pierwszego okresu d. burzliwego, trwał stan gorączkowy (około 38^o) oraz rozwolnienie, rozpoznano tyfus brzuszny. Gdy jednak po 3-ch tygodniach ciepłota obniżyła się nieco, a natomiast powiększyła się znacznie objętość brzucha i dziecko poczęło chudnąć, udano się o pomoc do Warszawy.

Badając znalazłem: objętość brzucha zwiększona znacznie, tępość na

całej przestrzeni od przodu prócz nieznacznej części w górnym odcinku po środku w dołku sercowym, oraz w postaci wąskiego pasa, wychodzącego nieco z pod łuków żebrowych; tępość ta zachodziła daleko na boki do okolic łędźwiowych, i granice jej przy zmianach położenia ciała zmianom nie ulegały. W brzuchu stwierdzić można było z łatwością chełbotanie. Pępek w tym przypadku przedstawiał się w postaci niezmienionej. W innych narządach powikłań nie było. Ze strony jelit mieliśmy do czynienia z zaparciem stolca, które nastąpiło w ostatnich dniach po stale trwającym dotychczas rozwolnieniu.

Biorąc pod uwagę ostry początek sprawy, rozwolnienie i obraz kliniczny oraz wyniki badania fizykalnego uczyniłem rozpoznanie przypuszczalne ograniczonego zapalenia pneumokokowego otrzewnej na znacznej przestrzeni. Istotnie podczas cięcia brzuszego, przy udziale kol. Leśniowskiego, znaleźliśmy jamę brzuszną literalnie wypełnioną ropą, jelita zaś w całości wraz z niewidocznym wyrostkiem robaczkowym odsunięte ku kręgosłupowi i zredukowane do tak niewielkiego swymi rozmiarami spłaszczonego tworów, oddzielonego nb. od jamy ropnia zrostami, że dziwić się wypada, w jaki sposób odbywały się czynności fizyologiczne przewodu pokarmowego chociażby w niewielkim stopniu. Po dodaniu do głównego pośrodkowego cięcia przeciwotworów po obu bokach brzucha, wprowadzone zostały na kilka dni paski gazy, które w następstwie zamienione zostały na miękkie saszki gumowe. Z początku po zabiegu wystąpiło podniesienie się ciepłoty (przeszło 38° *), która po 2-ch tygodniach spadła zupełnie, i oto gdy dziecko zaczęło widocznie poprawiać się, wydzielina stawała się coraz mniej obfita, jelita wypełniły jamę brzuszną, łaknienie powróciło, wypróżnienia uregulowały się, pewnego dnia w 4-ym tygodniu okresu pooperacyjnego nastąpiło nagle w południe podniesienie się ciepłoty do 40° , zjawiała się wysypka na tułowiu, kończynach i twarzy charakteru szkarlatynowego i po dniach kilku nastąpiło zejście śmiertelne wśród stale trwającej wysokiej T° . Oględzin zwłok z przyczyn od nas niezależnych wykonać nie mogliśmy.

3. P. O. 9 letnia dziewczynka zachorowała nagle w nocy: bóle brzucha, wymioty, gorączka, poczem w parę dni później przyłączyło się rozwolnienie. W 4-ym tygodniu lekarz, leczący chorobę, wypuścił z brzucha około 3 kwart ropy przy pomocy trójgrańca. Pierwszy raz widziałem chorobę w 6-ym tygodniu trwania sprawy. Dziecko b. wyniszczone, brzuch powiększony w swej objętości, lecz najbardziej wypukła się w postaci jakby guza wielkości głowy dziecka nieco niżej pępka, który sam zmieniony nie jest. Brzuch na dotykanie nie bolesny, na opisanym guzie stłumienie, w guzie chełbotanie, guz sam przylega do powłok brzusznych, nieruchomy; nakłucie próbne wykazało obecność w nim ropy, z której wyhodowano czystego pneumokoka.

Wobec tego wykonałem w szpitalu cięcie brzuszne, opróżniłem ropień, oddzielony ze wszystkich stron od jelit mocnymi zrostami i zastoso-

*) Podniesienie ciepłoty po zabiegu z pow. zapal. ogn. otrzewnej spostrzegali i inni klinicyści w ciągu paru pierwszych dni i dłużej.

wałem sączkowanie przy pomocy sączków gumowych (sp. francuskich autorów). Na 4-ty dzień dziecko dostało lewostronnego, następnie prawostronnego zapalenia płuc włóknikowego i 11-go dnia po zabiegu zmarło. Sączki były czynne zupełnie dobrze, jednakowoż nie opróżniały całkowicie jamy ropnia, to też od 4-go dnia poczynając zacząłem stosować przepłukiwanie rany rozczykami wody utlenionej. I w tym przypadku sekcyi wykonać nie byłem w możności, zresztą co do stosunków w jamie brzusznej, to już podczas zabiegu przekonać się można było, że mieliśmy do czynienia z otorbionym szczelnie ropniem i że z wyrostkiem robaczkowym sprawa opisana nic wspólnego nie miała.

4. E. K. dziewczynka 5 letnia zachorowała w objawach również typowych przed 6-ma tygodniami: wymioty, ból brzucha, gorączka, rozwolnienie. W chwili badania obraz kliniczny stał się jeszcze wybitniejszy przez to, że pępek przedstawiał się w postaci pęcherza wielkości orzecha włoskiego, wypukłony, wyglądony z fałdów, zaczerwieniony.

Nie ulegało wątpliwości, że miałem do czynienia z zapaleniem pneumokokowym otrzewnej w postaci ograniczonej. Jakoż ku dołowi od pępka stwierdzić można było na przestrzeni ograniczonej stłumienie i chęłbotanie w odpowiednim odcinku brzucha. Nakłucie próbne, wykonane przez wypuklający się pępek, dało ropę, z której wyhodowano pneumokoka. Cięcie brzuszne po środku, przeciwotwory po bokach, sączki do jamy Douglasa. I w tym przypadku ropień otorbiony był mocnymi zrostami.

Dziecko to, wyczerpane długotrwałą chorobą, pomimo zabiegu, 9-go dnia po tym ostatnim w objawach stopniowego upadku sił życie zakończyło. Sekcyja również wykonaną być nie mogła.

5. F. P. dziewczynka l. 8. Przed 5 tygodniami zachorowała nagle w objawach typowych dla zapal. pneumokok. otrzewnej, nie wyłączając rozwolnienia. W chwili badania brzuch znacznie powiększony w swej objętości, stłumienie od przodu na znacznej przestrzeni, pępek wypukłony i zaczerwieniony, na dotyk bolesny. Wobec powyższych danych rozpoznanie bez przekłucia próbnego uczyniłem: zapalenie pneumokokowe otrzewnej, i wykonałem cięcie brzuszne. W ropie, której wypłynęło około 3 litrów, znaleziono czystego pneumokoka. Sączkowanie jamy ropnia zastosowałem z początku przy pomocy pasków gazy, następnie sączkami gumowymi. Przebieg pooperacyjny powikłany był zapaleniem prawostronnem opłucnej, wywołanym przez paciorkowce. Wycięcie żebra. Jama ropnia w brzuchu przemywana przez sączki 3% rozczynek wody utlenionej zablizniła się zupełnie w 2½ miesiąca, zabliznienie rany klatki piersiowej z powodu ropotoku opłucnej trwało nieco dłużej, lecz przypadek ten zakończył się pomyślnie.

6. W. J. 3 letnia dziewczynka zachorowała nagle 5 tyg. temu w objawach typowych. Około 10 dni przed przybyciem do szpitala nastąpiło przedziurawienie pępka i wypływ ropy z jamy brzusznej.

Dziecko wyniszczone ogromnie. St. bezgorączkowy. Brzuch umiarkow. wzdęty, po środku pępka istnieje niewielki otwór, przez który sączy się nieco cuchnącej ropy. Stłumienie na ogranicz. przestrzeni ku dołowi od pępka. Z pochwy wypływ skąpy śluzowaty wzięty do badania bakteriologicznego jednocześnie z ropą, wydobywającą się z brzucha. W pierwszej wydzieli-

nie nie znaleziono pneumokoków, ani innych drobnoustrojów chorobotwórczych, w wydzielinie zaś z brzucha wykryto pneumokoka zmieszanego z innymi drobnoustrojami, jak z gronkowcami i różnymi ziarenkowcami, dowodzącymi swą obecnością zakażenia wtórnego i zanieczyszczenia z powietrza.

Mieliśmy zatem do czynienia z zapaleniem pneumokokowym otrzewnej, w którym nastąpił już 3-ci okres, t. j. samoistne otwarcie się ropnia ograniczonego przez pępek. Zabieg operacyjny polegał na tem, że rozszerzyłem ranę przez istniejący już otwór w pępku ku dołowi i ponieważ dno ropnia sięgało głęboko do jamy Douglasa, wprowadziłem 2 saszki gumowe, a z powodu cuchnącego zapachu, jaki posiadała ropa, przemyłem odrazu dokładnie po zabiegu ranę rozczyłem fizyol. soli. — Na 3-ci dzień wystąpiło przedziurawienie pętli jelita saszkiem i wytworzyła się przetoka kałowa. W tydzień po zabiegu chora dostała odry i zmarła. I w tym przypadku sekcyja wykonana nie była.

7. M. S. 9 letnia dziewczynka zachorowała przed 3 miesiącami, podług słów matki, mało inteligentnej osoby, nagle na rozwolnienie z gorączką i ból brzucha. Wymiotów jako by nie było zupełnie. Około 1½ miesiąca temu „pękł pępek“ i przez otwór w tym ostatnim poczęła płynąć ropa. Oględziny wykazały, że brzuch umiarkowanie wzdęty, stłumienie w nim istnieje ku dołowi i na lewo od pępka, przez ten ostatni sączy się rzadka cuchnąca ropa.

Dziecko bardzo wyniszczone. Z pochwy wydobywa się od ucisku nader mała śluzowata wydzielina bez zapachu, nie zawierająca drobnoustrojów chorobotwórczych. Ropa zaś z jamy brzusznej prócz przedstawiających się d. niewyraźnie pneumokoków (sprawa trwała 3 miesiące, a otwór w pępku 1½ m.) zawierała, jak i w poprzednim przypadku, przymieszkę różnych ziarenkowców, jako wyraz zakażenia i zanieczyszczenia wtórnego. Po zebiegu, wykonanym w sposób analogiczny do poprzedniego przypadku, umieszczono w jamie Douglasa 2 saszki i pomimo, że prócz nich wprowadzono sporą ilość pasków gazy, na drugi już dzień nastąpiło przedziurawienie jelita ze strony uciskającego saszka i wytworzenie się przetoki kałowej. Dzięki jednak odporności ustroju chorej, pomimo b. ciężkiego pooperacyjnego przebiegu, podczas którego wykonano jeszcze szereg przeciwotworów w różnych punktach z powodu zatrzymania się wydzielin, przetoki kałowe, oraz rany zablżyły się w zupełności po upływie 3 miesięcy od zabiegu. Dziewczynka opuściła szpital ze znaczną poprawą stanu ogólnego, i w 3 miesiące później mogłem stwierdzić kwitnący stan jej zdrowia.

Na zakończenie dodam, że pierwsze z przypadki dotyczyły osobników z praktyki prywatnej, 5 ostatnich leczone były w szpitalu dziecięcym.

Główne objawy kliniczne w mych przypadkach zgadzają się w zupełności z objawami, przytaczanymi przez innych autorów, a znamienymi dla zapalenia pneumokokowego ograniczonego otrzewnej. Spostrzegając jednak osobiście mogłem tyl-

ko te objawy, które towarzyszą końcowi 2-go i trzeciemu okresowi rozwoju tej sprawy, ponieważ przypadki wszystkie zgłaszały się d. późno, a nie w początkach rozwoju tej zajmującej sprawę chorobowej.

Na tem z mego punktu widzenia niezaprzeczenie traci stro-
na praktyczno-naukowa opisywanej postaci nosologicznej. Było
by np. zajmujące b. stwierdzić, jak się zachowują powłoki
brzuszne w 1 okresie choroby, jaki jest charakter wypróżnień,
czy nie zawierają one istotnie pneumokoków, nie mniej zajmujące
było by zbadanie krwi i t. d. Z drugiej strony jednak, należy
przyznać, że i w większości innych zachorowań chirurg niesłusz-
nie i często ze szkodą dla chorego przez szerszy ogół za ostat-
nią instancję wykonawczą poczytywany, pozbawiony bywa
w ten sposób wielu korzyści naukowych nie z własnej winy.

Przyznaję też, że pewną stroną ujemną pomiędzy inn.
mej pracy stanowi niewyzyskanie materiału sekcyjnego
w przypadkach zapalenia pneumokokowego otrzewnej z zejściem
niepomyślnem, jeśli jednak chodzi o jamę brzuszną, to jak to
już i wyżej zaznaczyłem, pod tym względem sam zabieg ope-
racyjny daje możność dostatecznego zorientowania się w nie-
powikłanych stosunkach anatomo-patologicznych tego rodzaju
przypadków

PIŚMIENICTWO.

1. Biegański. Dyagnostyka różniczkowa chorób wewn. r. 1896.
2. Biegański. Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych 1900 r. I, II t.
3. W. Sterling. Tryper u dzieci. Gaz. lek. 1898 r. № 33—35.
4. L. Rydygier. O zapaleniu otrzewnej. Odczyty kliniczne 1899.
5. E. Jasiński. Ropne zapal. otrzewnej, uleczone cięciem brzuszkiem.
Czas. lek. № 2—1901
6. Bossowski A. Peritonitis pneumococcica. Przegl. lek. 1902 № 51.
7. Czarnik. 2 przypadki przedziurawienia jelita w przebiegu tyfusu
brzusznego u dzieci Tyg. lek. 1906 str. 484.
8. Nowicki. O pneumokokowym zapaleniu otrzewnej u dzieci Gaz
lek. 1908—51.52.
9. Lennander. Acute eitrigige Peritonitis. D. Zeitsch. f. Chir. T. 63.
10. Langemak. Beitr. z. Klin. Chir. T. 37.1902.
11. Jensen Über Pneumokokkenperitonitis. Arch. f. Klin. Chir. T. 69.
12. v. Brunn. Die Pneumokokkenperitonitis. Beitr. z. Kl. Chir. T. 39.

13. Künzel. Eitrige peritonitis im Anschluss an acute Tonsillitis Münch. M. Woch. 1904. z. 43.
 14. Nötzel. Die Ergebnisse v. 241 Peritonitis-Operation. Beitr. z. Kl. Chir. T. 47.
 15. Annand i Bowen. Pneumococic peritonitis T. Lancet, 9. 1906.
 16. v. Käos. Pneumokokkenperitonitis im Kindesalter. Arch. f. kinderheilk. 1907. T. 46.
 17. Krogius. Über die Chir. Behandl. d. diff. eitr. Peritonitis Samml. Kl. Vortr. 467/468.
 18. Salzer. Zur Diagnose u. Therapie der Diplokokkenperitonitis Wien. Med. Woch. 1908 № 13.
 19. T. Quintard. De la diarrhée au debut de l'appendicite Thèse de Paris 1907.
 20. Kirmisson. Précis de Chirurgie infantile Paris 1906.
 21. Nove-Josserand. Peritonites aiguës chez les enfants. Congrès de pédiatrie d'Alger. Archives Génér. de Chirurgie 1907. № 1.
 22. A. Guinard. Affection chirurgicales de l'abdomen. Nouveau Traité de Chirurgie. T. XXIV. Paris 1910.
 23. Lejars. Chirurgie d'Urgence. Paris. 1900.
 24. Mannel. Peritonitis kleiner Mädchen. Ref. Zentr. f. Chir. 1909 z. 14.
 25. Broca. Leçons cliniques de chirurgie infantile Paris 1902.
 26. le Gendre et Broca. Therapeutique infantile médico-chirurgicale Paris 1908.
 27. Bowen. Two cases of pneumococcal peritonitis in children. Brit. med. journ. Ref. w. Zentr. f. Chir. 1909 № 1.
 28. N. Guleke. Z. Behandl. d. diff. eitr. Peritonitis. Beitr. z. Klin. Chir. T. 60.
 29. Reichenbach. Zur Kasuistik der akuten eitrigen Peritonitis salpingitischen Ursprungs. Deut. med. Woch. 1910 № 3.
 30. Haim. Zur Frage der bakteriellen u. insbesondere der durch Streptokokken hervorgerufenen Appendicitis. Arch. f. Klin. Chir. T. 82.
 31. A. de la Chapelle. Beitrag zur Käntniss der sog. primären akuten Streptokokkenperitonitis mit besonderer ihrer Beziehung zur Angina tonsillaris. Ref. w Zentr. f. Chir. 1909 № 8.
 32. Cuff Peritonitis gonococcica Brit. med. journ. 1908.
 33. Wertheim. Ein Beitrag z. Lehre v. der Gonokokkenperitonitis Centr. für. Gynäkologie 1892. № 20.
 34. Witte. Gonokokken u. Streptokokken im Pyosalpinxteiler. Ibid.
 35. Labadie, Lagrave et F. Legneu. Traité médico-chir. de Gynécologie Paris 1901.
-

O żebrze szyjnym

podali

E. FLATAU i BR. SAWICKI.

W pracy niniejszej pragnęlibyśmy zwrócić uwagę na pewien zbiór objawów, występujących częstokroć w żebrach szyjnych w sposób tak wybitny i plastyczny, że przypadki odpowiednie stanowią niewątpliwie odrębną postać chorobową. Początkowo przypadki te zajmowały prawie wyłącznie anatomiców (Gruber i inni), którzy stwierdzali je u trupów. Dopiero chirurdzy (Fischer, Tilmann i in.) zwrócili specjalną uwagę na tę niezwykłą postać chorobową i właściwie w ostatnim lat dziesiątku lekarze zajęli się żywiej jej rozpoznaniem, wyodrębnieniem i leczeniem. Pragnęlibyśmy i z tego jeszcze względu zwrócić szczególną uwagę na tę postać kliniczną, że w razie jej rozpoznania możemy nieść choremu pomoc, stosując zabieg operacyjny nietrudny i bezpieczny.

I. Anatomia żeber szyjnych.

Pierwsze zawiązki żeber u zwierząt poczynają rozwijać się bardzo wczesnie pod postacią małych listewek, poprzecznie ułożonych pomiędzy odcinkami mięśni na przestrzeni całego kręgosłupa. Z biegiem czasu pewna liczba takich zawiązków rozwija się w mniej lub więcej wykształcone żebra, inne — ulegają zanikowi. U ssaków rozwijają się tylko żebra w części piersiowej kręgosłupa, w innych zaś okolicach zawiązki zanikają. Natomiast u zwierząt niższych, jako to: ryby, gady i większość płazów, spotykamy mniej lub więcej dokładnie rozwinięte żebra, oprócz okolicy piersiowej, także i w szyjnej. U człowieka pierwsze zawiązki żeber zjawiają się w 2-im miesiącu życia na całej przestrzeni kręgosłupa, z wyjątkiem kości ogonowej. W następstwie rozwijają się dokładnie tylko żebra

piersiowe. W okolicy szyjnej i lędźwiowej pierwotne listewki żebrów zlewają się z wyrostkami poprzecznymi odpowiednich kręgów, w okolicy zaś krzyżowej — wchodzi w skład części bocznych (*massae laterales*) kości krzyżowej. W okolicy szyjnej takie zlanie następuje w sposób następujący: z łuku kręgowego wyrasta guziczek, jako zawiązek wyrostka poprzecznego. Jeden koniec listewki żebrów zlewa się z trzonem kręgu, drugi koniec — z guzikiem. Po środku wytworzonego w ten sposób wyrostka poprzecznego pozostaje otwór (*foramen transversarium*), służący dla przejścia tętnicy kręgowej. Zdarza się jednakże, iż w 7 kręgu szyjowym zlanie takie nie następuje, i wówczas wytwarza się mniej lub więcej wykształcone żebro szyjne. Toż samo może mieć miejsce w okolicy lędźwiowej, powodując wytworzenie żebra lędźwiowego.

O istnieniu żeber szyjnych wiedzieli już nawet starożytni pisarze (*Galenus*), dopiero jednakże Gruber zwrócił na to zбочenie należyłą uwagę, poświęcając mu dwie swoje rozprawy (w r. 1849 i 1869). Zebrał on całą kazuistykę, poczynawszy od *Hunaulda* (1742), i otrzymał tą drogą kazuistykę, obejmującą 76 żeber szyjnych, znalezionych u 45 osobników, prawie wyłącznie na sekcjach.

Tylko w dwóch przypadkach (*Willshire* w r. 1860 i *Wolters*) rozpoznanie uczyniono za życia. Na tym materiale oparł Gruber swój klasyczny opis anatomiczny żebra szyjnego, oraz swoją klasyfikację, która utrzymała się dotąd. W r. 1894 *Pilling* ogłosił z Instytutu anatomicznego w Rostocku dysertację, w której zebrał już 139 przypadków, uzupełniając pracę Grubera nowymi spostrzeżeniami anatomicznymi. W ostatnich latach, z wdzięczając badaniom za pomocą promieni Röntgena, liczba prac, dotyczących żebra szyjnego, zwiększyła się ogromnie. Niemniej przeto niewiele już one dodają nowych szczegółów anatomicznych, zajmując się przeważnie stroną kliniczną tego zбочenia. Co do częstości spotykania żeber szyjnych, niewiele danych dokładniejszych przytaczają anatomowie. *Fischel* podaje, że na 1164 zbadane trupy znalazł żebro szyjne w 0,9%.

Żebra szyjne spotykano w najrozmaitszym wieku, poczynawszy od 6 miesięcznego płodu (*Rosenmüller*), a kończąc na staruszce 71 letniej (*Aron*). Czy w tej wadzie rozwojowej ma

jakiegokolwiek znaczenie płeć, orzec trudno. Natomiast stanowczo można powiedzieć, że o wiele częściej występują żebra szyjne jednocześnie na obu stronach szyi, niż na jednej. Podług Sédillota w 77,8% przypadków żebro szyjne bywa dwustronne. W tych razach nadto obadwa żebra bywają nie jednakowo długie; zwykle jedno bywa nieco dłuższe i wyżej położone, niż drugie. Żeber piersiowych zwykle znajdujemy w przypadkach żebra szyjnego 12; wyjątkowo tylko znajdowano ich 11.

Na uwzględnienie zasługują badania anatomiczne Ecksteina, dokonane w praskim instytucie anatomopatologicznym. Uwzględnił on 25 przypadków, poprzednio już opisanych przez prof. Fischela, a nadto dodał 10 nowych przypadków. Otóż w 24 z pomiędzy tych przypadków żebro szyjne było dwustronne, w 11 — jednostronne. W przypadkach żeber dwustronnych znaleziono tylko dwa razy żebra równej długości i grubości po obu stronach; w 7 przypadkach żebra były w części połączone z mostkiem, w części zaś z 1-em żebrem; wreszcie w 15 przypadkach żebra były wolne i różnica ich długości wynosiła 0,5 do 3 cm.

Z pomiędzy 11 przypadków żeber jednostronnych w 5 przypadkach żebro było od przodu połączone, w 6 przypadkach — wolne.

Żebra szyjne zarówno pod względem swego kształtu, jako też i ze względu na sposób połączenia z kręgosłupem oraz z 1-m żebrem piersiowym, względnie z mostkiem, przedstawiają znaczną różnorodność.

Tyłny, względnie przykręgowy koniec żebra szyjnego może być zupełnie rozwinięty, t. j. może posiadać główkę, szyjkę i guzek; w takim razie żebro szyjne łączy się, jak i żebra piersiowe, swą główką z trzonem kręgu, a swym guzikiem z końcem wyrostka poprzecznego. Znacznie rzadziej żebro szyjne jest pozbawione główki i szyjki; w tych przypadkach nie ma ono związku z kręgiem, a łączy się jedynie tylko z wyrostkiem poprzecznym. Taki przypadek opisali Moret i Fouchet. Zwykle żebro szyjne łączy się zarówno z trzonem, jak i z wyrostkiem poprzecznym kręgu za pomocą powierzchni stawowych. Zdarza się jednakże, jakkolwiek o wiele rzadziej, że, zamiast połączenia stawowego, znajdujemy zupełny zrost obu kości. Takie połączenie spotkał naprzykład Gruber w jednym

ze swoich przypadków. U trupa starej kobiety znalazł on na obu stronach szyi żebro szyjne. Prawe żebro łączyło się z kręgiem za pomocą stawów; natomiast lewe zupełnie zlewało się z kręgiem, przyczem w zroście, łączącym żebro z wyrostkiem poprzecznym, leżał okrągły otwór średnicy 4 mill. (foramen costotransversarium). Tu muszę zaznaczyć, że wielu anatomów do żeber szyjnych zalicza każdy nienormalnie wydłużony wyrostek poprzeczny *).

Mówiąc o połączeniu żeber szyjnych z kręgami, należy zaznaczyć, że niekiedy żebro nie łączy się z trzonem kręgu, lecz z chrząstką międzykręgową pomiędzy ostatnim kręgiem szyjnym a pierwszym piersiowym (Barker). Interesujące spostrzeżenia opisał niedawno Drehmann. W pięciu przypadkach, badanych promieniami Röntgena, znalazł on na przejściu części kręgosłupa szyjnej w część piersiową kręgi nadliczbowe bądź to pod postacią kręgu zupełnie rozwiniętego, bądź też jako kręgi szczątkowe, mające kształt klinów i leżące pomiędzy kręgami prawidłowymi. Otóż we wszystkich tych przypadkach żebro szyjne łączyło się z takim kręgiem nadliczbowym.

Przedni koniec żebra szyjnego bywa bądź to zupełnie wolny, bądź też łączy się z 1-m żebrem piersiowym (Fig 1) lub, co znacznie rzadziej bywa, z mostkiem. Połączenie z żebrem piersiowym może być stawowe lub też zrostowe. Żebro szyjne może łączyć się bądź z kostną, bądź też z chrząstkową częścią żebra piersiowego. W pierwszym razie połączenie bywa kostne lub łącznotkankowe (zrost kostny, staw, pasmo lub więz łącznotkankowy); w drugim razie połączenie zawsze jest łącznotkankowe. W wielu przypadkach połączenia żebra szyjnego z kostną częścią żebra piersiowego znajdowano mniejszą lub

*) Eckstein w swej pracy „Anatomische Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Halsrippen und Scoliosen” powiada: Ich bezeichne als Halsrippe ebenso wie Sieda, Fischel, Hoffa, Ranenbusch u. a. sowohl einen abnorm verlängerten Halswirbelquerfortsatz, als auch jede verlängerte vordere Spange desselben. Zur Unterstützung dieser Ansicht führe ich die von Fischel genau beschriebenen, infolge von selbst kleinen Halsrippen und von vergrößerten Proc. transversi aszendierend auftretenden Veränderungen an den Wirbeln und ausserdem die Veränderungen an den obersten Rippen an.

większą kostną narośl na żebrze piersiowem. Z tą naroślą żebro szyjne łączyło się stawem lub kostnym zrostem. Rzadziej, niż kostną, spotykano narośl chrzęstną. Z taką naroślą żebro nieraz łączy się pod znacznym kątem.

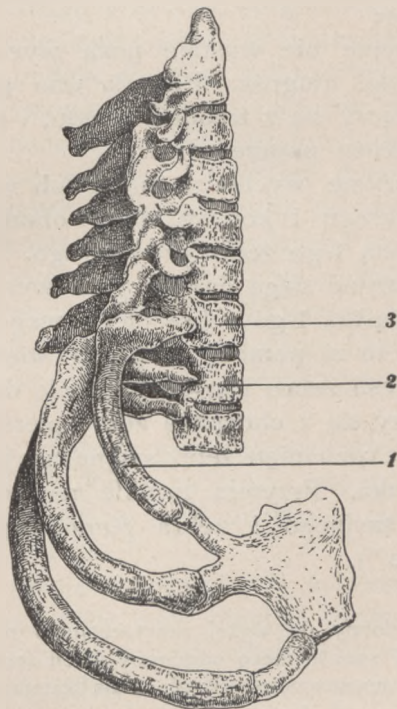


Fig. 1.

1 — żebro szyjne; 2 — pierwszy krąg grzbietowy; 3 — siódmy krąg szyjny. (Hunauld).

Ostatnio jednak Francine opisał w 2 przypadkach żebra szyjne, które w przebiegu swym wykazywały prawdziwy staw; żebra te więc składały się z dwóch członków. Autor ten sądzi, że drugi (obwodowy) członek żebra szyjnego nie stanowił wyrosła kostnej, pochodzącej z I żebra i łączącej się z jednoczłonkowym żebrzem szyjnym, jak to sądzi np. Keen, lecz że należy go uważać za prawdziwą falangę lub odcinek obwodowy samego żebra szyjnego. Francine nazywa żebra te cepowatami.

Połączenie żebra szyjnego z mostkiem spotykano rzadko, łącznikiem służy tu zawsze chrząstka, która zwykle na mniejszej lub większej przestrzeni przy mostku zlewa się z chrząstką 1-go żebra piersiowego.

Zależnie od stopnia rozwoju żeber szyjnych, Gruber dzieli je na 4 kategorie:

I. Żebro szyjne nie wystaje poza wyrostek poprzeczny i ma takąż, jak on, długość. Posiada ono główkę, która za pomocą stawu łączy się z trzonem kręgu, i guzek, połączony stawem z wyrostkiem poprzecznym.

II. Żebro szyjne wychodzi mniej lub więcej poza wyrostek poprzeczny kręgu i kończy się swobodnie lub też łączy się z kostną częścią 1-go żebra piersiowego.

III. Żebro szyjne sięga daleko poza wyrostek poprzeczny i łączy się z chrząstką 1-go żebra piersiowego. Połączenie to odbywa się bądź to za pomocą długiego więzu łącznotkankowego, bądź też, jeśli żebro jest dostatecznie długie, koniec jego bezpośrednio łączy się z chrząstką żebra piersiowego.

IV. Zupełnie rozwinięte żebro szyjne łączy się swą chrząstką z rękojęścią mostka. Przytem zwykle na pewnej przestrzeni chrząstki żebra szyjnego i żebra piersiowego zlewają się ze sobą przy mostku *).

*) Bardzo podobny do wyżej przytoczonego podziału Grubera dał Luschka podział. W sposób nieco odmienny dzieli żebra szyjne Blanchard, którego podział w pracach swoich uwzględniają Kammerer, Goodhard i inni lekarze angielscy i amerykańscy.

Blanchard rozróżnia pięć rodzajów żeber szyjnych:

I. Istnieje całkowite żebro nadliczbowe, przymocowane do mostka (znany i przypadek).

II. Chrząstka żebra nadliczbowego zrosnięta z chrząstką żebra 1-go (rzadkie, choć częstsze od poprzedniego).

III. Oba końce żebra nadliczbowego rozwinięte, jako tkanka kostna, część zaś środkowa, która je łączy, ma postać pasma łącznotkankowego.

IV. Oba końce żebra istnieją, lecz nie są połączone nawet przez tkankę łączną. Koniec przedni bywa kostny lub chrząstkowy i może przyczepiać się do mostka albo też do chrząstki żebra 1-go. Koniec tylny zawsze przyczepia się do kręgu 7-go, a przednia część jego bywa wolna lub łączy się z żebrzem 1-m bądź to za pomocą zrostu kostnego, bądź też za pomocą stawu specjalnego.

V. Żebro nadliczbowe stanowi tylko odcinek tylny, złączony z kręgiem; odcinek przedni nie istnieje wcale i nie jest nawet zaznaczony.

Żebra trzech pierwszych kategorii Gruber nazywa niezupełnymi; żebrem czwartej kategorii daje nazwę zupełnych. Najczęściej spostrzegano żebra drugiej kategorii; do rzędu najrzadszych należą, podług Grubera, żebra trzeciej, a podług Luschki—czwartej kategorii.

Dotąd mówiliśmy o żebrze, połączonym z 7 kręgiem szyjnym. Niektórzy autorowie (Stifler, Williams, Hauswirth) w swych spostrzeżeniach podają 6 krąg, jako przypuszczalne miejsce wyjścia żebra szyjnego; ponieważ jednakże wszystkie te opisy nie są ściśle i opierają się tylko na przypuszczeniach, nie można ich brać pod uwagę. Natomiast dokładnie stwierdzono w dwóch przypadkach obecność dwóch żeber szyjnych na jednej stronie szyi. Tak więc Struthers znalazł na trupie czteroletniego chłopca na obu stronach szyi po dwa szczątkowe żebra, połączone z 6 i 7 kręgiem szyjnym. Następnie w przypadku, oprowanym przez Karga i opisanym przez Ehricha, znaleziono na lewej stronie szyi dwa żebra, odchodzące od 6 i 7 kręgu szyjnego.

Obok żebra szyjnego, przymocowanego do 7 kręgu, spotykano nieraz (Pilling, Aron) na kręgu 6-m mocny i długi wyrostek poprzeczny, który w myśl Ecksteina możnaby także uważać za żebro szyjne.

Przestrzeń pomiędzy pierwszym żebrem piersiowem i żebrem szyjnym zapełniają bądź obadwa mięśnie międzyżebrowe, bądź też tylko jeden mięsień międzyżebrowy zewnętrzny (m. intercostalis extr.). Dolne przyczepy mięśni pochyłych mogą przedstawiać się różnorodnie. Jeżeli żebro szyjne jest długie, mięsień pochyły przedni (m. scalenus ant.) przymocowuje się do przedniego końca tegoż żebra; w przypadkach krótkiego żebra szyjnego m. pochyły przedni przyczepia się w swem zwykłym miejscu do żebra piersiowego. Mięśnie pochyłe środkowy i tylny przyczepiają się bądź to do dwóch pierwszych żeber piersiowych, bądź do żebra szyjnego, bądź wreszcie jednocześnie do żebra szyjnego i żeber piersiowych.

Stosunek tętnicy podobojczykowej do żebra szyjnego zależy od długości tegoż (p. pracę Keena). Jeżeli żebro szyjne jest krótkie, tętnica leży ku przodowi od jego przedniego końca i przebiega prawidłowo ponad pierwszym żebrem piersiowem; natomiast, gdy żebro szyjne jest długie, tętnica podobojczykowa

przechodzi ponad niem (Fig. 2). Halbertsma wyprowadził stąd nawet zasadę, że tętnica podobojczykowa przechodzi przed żebrem szyjnym, jeżeli długość tegoż nie przenosi 5,1 cm.; gdy natomiast też długość wynosi 5,6 cm. lub więcej, tętnica przechodzi nad żebrem. Spostrzeżenia Grubera, Brodiera i innych obaliły to twierdzenie, wykazawszy, że żebro może mieć długości nawet 7 cm., a tętnica może leżeć przed niem. Nigdy tę-

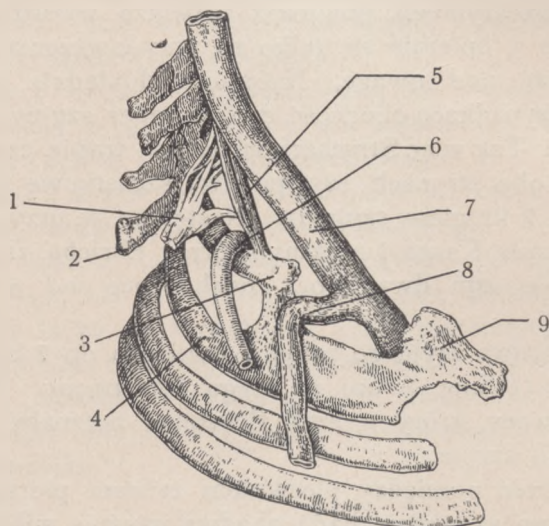


Fig. 2.

Stosunek żebra szyjnego do tętnicy i żyły podobojczykowej (Weissenstein):
 1 — plex. brach.; 2 — proc. spin. 7-go kręgu szyjnego; 3 — żebro szyjne;
 4 — pierwsze żebro piersiowe; 5 — m. scal. ant.; 6 — art. subcl.; 7 — vena
 jugl.; 8 — vena subcl.; 9 — sternum.

tnica nie przebiega pod żebrem szyjnym. Wyjątek do pewnego stopnia stanowi przytoczony już wyżej przypadek Ehricha, w którym na lewej stronie szyi znaleziono dwa żebra szyjne. Tam tętnica podobojczykowa leżała pomiędzy temi żebkami i była przez nie uciśnięta. Gdy tętnica podobojczykowa przebiega ponad żebrem szyjnym, bywa ona zazwyczaj wysoko uniesiona na szyi tak, że odległość jej od obojczyka może wynosić 4 i 5 cm. Tętnica zwykle krzyżuje się z żebrem szyjnym poza miejscem przymocowania mięśnia pochyłego przedniego,

w kącie, wytworzonym przez tenże mięsień z żebrem szyjnym. Przytem tętnica, przeginając się ponad żebrem szyjnym, nie tworzy tak łagodnego łuku, jak krzyżując się z żebrem piersiowym. Przeciwnie, minąwszy żebro szyjne, tętnica nagle przechyla się pod dość ostrym kątem ku dołowi i przodowi. Wyżej opisane warunki sprzyjają wytworzeniu ucisku na tętnicę. Zdaniem Murphyego i Keena, ucisk taki wykonywa mięsień pochyły przedni, który, jak to wyżej zaznaczono, tworzy ostry kąt z żebrem szyjnym i w tym właśnie kącie przyciska tętnicę. W rzeczy samej niejednokrotnie znajdowano tętnicę spłaszczoną na miejscu jej krzyżowania się z żebrem. Niekiedy tętnica przedstawia tętniakowate rozszerzenie, przytem godne jest uwagi, że zawsze tętniak znajdował się w zewnętrznej części tętnicy, t. j. pomiędzy jej skrzyżowaniem z żebrem a pachą.

Żebro szyjne na miejscu przejścia tętnicy przedstawia często wyraźną rynienkę, na której wytworzenie, zdaniem Grubera, więcej wpływa towarzyszący tętnicy spłot ramienny (4 i 5 korzeń spłotu), niż sama tętnica.

Żyła podobojczykowa leży w znacznej odległości od tętnicy, poniżej jej i bardziej ku przodowi. Leżąc przed mięśniem pochyłym przednim, żyła nie może być przezeń uciskana i tem się tłumaczy, zdaniem Murphyego, brak obrzęków kończyny górnej w przypadkach żebra szyjnego.

Splot ramienny, biegnąc pomiędzy mięśniem pochyłym przednim i środkowym, znajduje się powyżej i nazewnątrz od tętnicy. Jeżeli tętnica leży ponad żebrem, splot jej towarzyszy w przebiegu. Natomiast w tych przypadkach, gdzie tętnica leży ku przodowi od żebra, splot ramienny może przebiegać ponad temże. W przytoczonym już wyżej przypadku Ehricha, gdzie tętnica leżała pomiędzy dwoma żebrami szyjnymi, splot nerwowy przebiegał oddzielnie i leżał przed żebrami. Na jednym z opisanych przez Helma preparatów anatomicznych, górna część spłotu ramiennego leżała ponad żebrem szyjnym, dolna część (ostatni nerw szyjny i pierwszy piersiowy) — ponad 1-m żebrem piersiowym.

Opłucna w przypadkach żebra szyjnego może sięgać o wiele wyżej ku górze, niż to bywa w warunkach zwykłych (Fig. 3). Sklepienie opłucnej bywa niekiedy tak mocno spo-

jone z żebrem szyjnym, że trudno ją oddzielić; w innych przypadkach oddzielenie takie można uskutecznić łatwo (Keen).

Jak badania Fischela, Ecksteina i innych wykazują, żebru szyjnemu często towarzyszą mniejsze lub większe zaburzenia w kształcie kręgów i żeber piersiowych, oraz innego rodzaju zniekształcenia. Tak więc Garré spostrzegał obok żebra szyj-

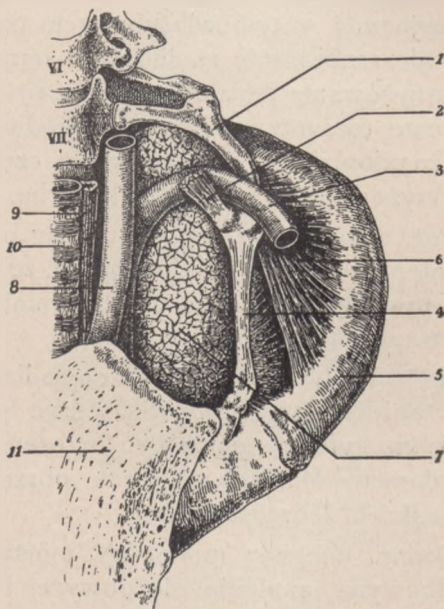


Fig. 3.

Stosunek żebra szyjnego do opłucnej (Luschka); 1—żebro szyjne; 2—m. scal. ant.; 3—art. subclavia; 4—wiąz łączący żebro szyjne z mostkiem; 5—pierwsze żebro piersiowe; 6—m. intercost. pomiędzy żebrem szyjnym i pierwszym piersiowym; 7—płuco i opłucna; 8—art. carot. int. sin.; 9—oesophagus; 10—trachea; 11—sternum.

nego skrzywienie obojczyka, Schnitzler — nadwichnięcie przedniego końca obojczyka, Eckstein — niepomerne wydłużenie obu kończyn górnych, nadwichnięcie obu obojczyków, zwichnięcie obu soczewek. O kręgach nadliczbowych, opisanych przez Drehmanna, już wyżej była mowa.

Należy tu zaznaczyć, że niekiedy pierwsze żebro piersiowe

zaczyna się na szyi tak wysoko, że może naśladować żebro szyjne. Ten szczegół anatomiczny ważny jest ze względów zarówno rozpoznawczych, jak i leczniczych. Unosząc tętnicę podobojczykową wysoko ku górze i dając na szyi objaw jej tętnienia, takie żebro może dać powód do mylnego rozpoznania żebra szyjnego. Z drugiej strony, podczas operacji, jak to je-

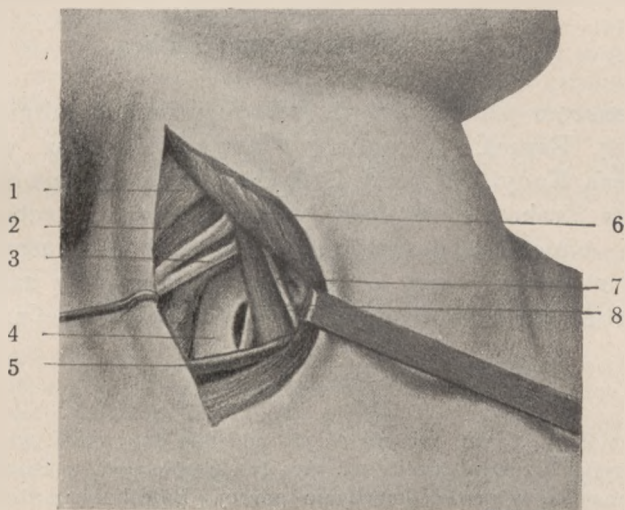


Fig. 4.

Wysoko położone pierwsze żebro piersiowe -- strona szyi prawa: 1 — m. levator ang. scap.; 2 — m. m. scalen. postic. et medius; 3 — plex. brachial., 4 — costa thorac. prima; 5 — art. cervic. superf.; 6 — m. st. cl. mastoid.; 7 — n. phrenicus; 8 — m. scalenus antic.

den z opisanych przez nas przypadków wykazuje, chirurg może mylnie wziąć pierwsze żebro piersiowe za szyjne i błędnie je zamiast ostatniego wyciąć. Jak wysoko na szyi może niekiedy przebiegać pierwsze żebro, wykazuje załączony rysunek (Fig. 4). Preparując szyję na trupie młodej kobiety, zupełnie przypadkowo znaleźliśmy po obu stronach szyi wysoko ułożone żebro, które początkowo wzięliśmy za dwustronne żebro szyjne. Dopiero dokładne wyosobienie wykazało, że mamy do czynienia z wysoko ułożonym żebrzem pierwszym piersiowem. Zaczynało się ono i w górnotyłnej swej części przebiegało, jak rysunek

stwierdza, na wysokości połowy szyi. Stopniowo obniżając się, od przodu obadwa żebra zupełnie prawidłowo przymocowywały się do mostka. Zarówno kształt obu żeber, jak i ich stosunek do części sąsiednich niczem się nie wyróżniał. Tylko obie tętnice podobojczykowe były znacznie cieńsze i nieco wyżej na szyi tworzyły łuk w przejściu na klatkę piersiową, niż to bywa prawidłowo.

II. Kazyistyka własna i obca.

W naszym piśmiennictwie krótkie wzmianki kliniczne czynili Kader, Barącz, Luxenburg i Rzętkowski oraz wzmiankę anatomiczną Kadyi. W roku 1908 Barącz na zjeździe chirurgów polskich w Krakowie wygłosił obszerny odczyt o żebrze szyjnym. W niniejszej pracy przytaczamy 9 *) własnych spostrzeżeń, z których trzy — operowane, następnie zaś dajemy całkowity opis terażniejszego stanu rzeczy obchodzącej nas spawy.

SPOSTRZEŻENIE I.

Panna B. A., 23 lat, zapisała się do oddziału dnia 15. V. 1905 r. Przed rokiem — tyfus brzuszny, wtedy też zjawiły się bóle pod pachami, w okolicy obu łopatek i w prawej kończynie górnej. Bóle były bardzo dotkliwe, lecz znikły, gdy gorączka minęła. Pozostało osłabienie prawej kończyny górnej i ogólne rozdrażnienie. Od tego czasu chora cierpiała na napady gorączki, które zjawiały się po kilka razy na miesiąc. Zwykle chora odczuwa w południe ziębienie; gorączka dochodzi do 38° — 39° , w nocy znika i chora oblewa się potem. Napady te są częstsze podczas niepogody na jesieni i na wiosnę. Przed trzema miesiącami zjawił się nagle bardzo dotkliwy ból w okolicy prawej łopatki, promieniujący stąd wzdłuż powierzchni wewnętrznej prawej kończyny górnej do ręki. Od tego czasu napady bólu zjawiały się dość często, trwały po kilka godzin, a nawet przez dzień cały. W następstwie tego kończyna ta jeszcze bardziej osłabła. Jednocześnie chora zauważyła wychudnięcie okolicy m. thenaris dextri, stopniowo się zwiększające.

Stan obecny. Budowa chorej prawidłowa. Nerwy czaszkowe — bez zmian. Kończyny górne: ucisk, wywierany na prawy splot ramienny (plexus brachialis), następnie na mięśnie i nerwy prawego ramienia i przedramienia

*) Jedno z tych spostrzeżeń zawdzięczamy uprzejmości kol. Rapczyńskiego, inne znów zawdzięczamy kol. Gliksmanowi, którym też składamy na tem miejscu podziękowanie.

nia wywołuje ból. Ucisk na kręgosłup nie bolesny. Ruchy kończyn górnych zachowane, lecz osłabione w prawej kończynie. Osłabienie to dotyczy głównie palców prawej ręki. Pozatem zauważono pewne osłabienie mięśni prawego pasa barkowego (m. cucullaris, rhomboideus i pectoralis—?).

Badanie czucia wykazało, co następuje: czucie dotyku zachowane, lecz chora utrzymuje, że wrażenia dotykowe odczuwa na prawej kończynie górnej mniej wyraźnie, niż na lewej. Czucie bólowe i ciepłikowe: na zimno i ciepło — jest osłabione na całej prawej kończynie górnej i w pasie barkowym z przodu i z tyłu aż do linii środkowej ciała. W częściach obwodowych kończyny osłabienie czucia było wyraźniejsze, niż w częściach bliższych osi ciała. Najwyraźniej osłabienie to występowało na stronie łokciowej dłoni i przedramienia. Chora nie odczuwała prawie zupełnie ułkuć na stronie łokciowej dolnej części prawego przedramienia i w okolicy dłoni, unerwianej przez n. łokciowy. Zauważyć jednak należy, że chora nie zawsze dawała odpowiedzi równobrzmiące i że przez wzgląd na jej wybitne usposobienie histeryczne już wtedy przyjmowaliśmy te odpowiedzi cum grano salis.

Odruchy zarówno ze ścięgna m. trójgłowego, jak i z okostnej były z obu stron jednakowe.

Pod względem naczyniowym zauważono, że prawa dłoń zimniejsza od lewej.

Tułów i kończyny dolne — prawidłowe z wyjątkiem wspomnianych zmian czucia w górnych okolicach tułowia. PR — bardzo żywe, AR—dość żywe. Odruch podeszwy = flexio plantaris. Czynność pęcherza mocz. i odbytnicy niezmienione.

Badanie za pomocą prądu elektrycznego wykazało co następuje:

	Farad.	Galwan.
N. twarzowy pr.	} 95	0,25 MA } 0,75 MA } K > A, szybki
„ „ lew.		
splot ramienny pr.	90	} 0,5 MA, K > A, szybki
„ „ lew.	98	
N. pośrodkowy pr.	86	} 0,5 MA — K > A, szybki — K = A, szybki
„ „ lew.	92	
N. promieniowy pr	91	} 0,25 MA, K > A, szybki
„ „ lew.	103	
N. łokciowy pr.	95	} 0,5 MA, K > A, szybki
„ „ lew.	106	

	Farad.	Salwan.
m. trójkątny pr.	} 82	1 MA } K > A, szybki 1,25 MA }
" " lew.		
m. trójgłowy pr.	79	1 MA, K = A, szybki
" " lew.	82	1,25 MA, K > A, szybki
m. dwugłowy pr.	} 108	} 0,25 MA, K > A, szybki
" " lew.		
m. prostujący palce wspólny pr.	83	1 MA, A > K, szybki
m. prostujący palce wspólny lew.	otrzymuje się zgięcie dłoni	flexio
m. zginający palce pr.	86	0,5 MA, A > K, szybki
" " " lew.	92	0,25 MA, K = A, szybki
kłęb palca wielk. pr.	82	0,75 MA, A > K, skurcz powolny
" " " lew.	97	0,25 MA, K > A, szybki
kłęb palca małego pr.	80	0,5 MA, K > A, szybki
" " " lew.	96	0,25 MA, K > A, szybki
m. międzykostny II pr.	96	0,5 MA, A > K, szybki
" " lew.	flexis digiti	flexio.

Badanie prądem elektrycznym po upływie miesiąca nie wykazało różnicy wybitnej w oddziaływaniu nerwów i mięśni. Specjalnie zaznaczyć należy, że drażniąc m. kłębu palca dużego prawego prądem faradycznym otrzymywano silne przywodzenie dużego palca, słabe zgięcie, natomiast nie otrzymywano przeciwstawienia palca wielkiego. Na prąd stały mięśnie prawego kłębu odpowiadały kurczem powolnym przy większej sile prądu.

W czerwcu 1905 r. chora nie mogła wyprostować zupełnie ostatnich dwóch członków palców prawej ręki. Od — i przywodzenie — również osłabione. Bóle bardzo dotkliwe w prawym ramieniu. Bóle opasujące w okolicy łopatek. Oddech utrudniony. Ogólne osłabienie. Bardzo wybitna bolesność od uciskania okolicy splotu ramiennego prawego, również gdy uciskać m. czworoboczny (m. cucullaris).

Chora wypisała się ze szpitala, i ponownie wstąpiła do oddziału w końcu sierpnia 1905 r. W lipcu i na początku sierpnia leczyła się w Ciechocinku:

kąpiele solankowe i błotne. Przez cały ten czas bóle były tak silne w prawym pasie barkowym i w prawej kończynie górnej, że jednej nocy musiano wstrzyknąć morfinę. Obecnie bóle są słabsze, mają charakter tępy, czasami obostrzają się. Bóle te są mniejsze w czasie spokojnego zachowywania się chorej i w atmosferze cieplejszej. Stają się natomiast znacznie dotkliwymi podczas poruszania kończyny górnej, po dłuższych spacerach. Ta nadzwyczajna wrażliwość pasa barkowego zmusza chorą do przesiadywania po całych dniach w domu.

Stan w końcu sierpnia 1905 r. Mięśnie prawego pasa barkowego nie wykazują zaniku. Dolna część prawego przedramienia zcieńczała. Wybitny zanik kłęba dużego prawego. Kłęb mały prawy—być może trochę spłaszczony. Ruchy w prawej kończynie górnej utrudnione, głównie na skutek bólów. Ruchy palców prawej ręki osłabione (od- i przywodzenie nieco zmniejszone w rozmiarach, przywodzenie osłabione, zginanie i rozginanie palców osłabione). Drgania włókienkowe w kłębie prawym. Bardzo dotkliwy ból od uciskania na splot ramienny prawy i na okolicę prawej łopatki i prawej połowy klatki piersiowej. Najsilniejszy ból w okolicy prawego punktu Erba. Również jest bolesny ucisk na nerwy, mięśnie i nawet skórę prawej kończyny górnej, czucie wykazuje zmiany podobne do tych, jakie stwierdzono w maju. Nie występowała jednak wyraźnie ani różnica pomiędzy częściami bliższymi i dalszymi tej kończyny, ani też znaczniejsze osłabienie czucia w okolicy n. łokciowego. Chora utrzymywała nawet, że w V i w IV palcach czucie jest lepsze, niż w I, II i III palcach. Odruchy ze ścięgna m. trójgłowego i z okostnej prawidłowe. Nie stwierdzono żadnych zniekształceń ani w kręgosłupie, ani też w okolicy obojczyka lewego. Badanie prądem elektrycznym wykazało te same zmiany, co i poprzednio.

Stan dnia 17. X. 1905. Bóle w okolicy prawego pasa barkowego i w prawej kończynie górnej nie zmniejszyły się w ostatnich czasach. Chora niechętnie posługiwała się w życiu codziennym tą kończyną na skutek dotkliwych bólów, towarzyszących ruchom nieco rozleglejszym. Badanie nie wykazało różnicy widocznej w porównaniu ze stanem poprzednim. Zanik mięśni ani się nie zwiększył, ani też nie zmniejszył. Co zaś dotyczy dziedziny czuciowej, to cała okolica nadobojczykowa była nader bolesna nawet na dotknięcia. Najczulsza była okolica przylegających dolnych kręgów szyjnych (fig. 5). Nawet słaby ucisk wywoływał w tem miejscu ból dużego natężenia. Badanie czucia wykazało osłabienie czucia bólowego w całej prawej kończynie górnej. Chora odróżniała stale ukłucie od dotknięcia, twierdziła jednak, że wrażenie bólowe było słabsze, niż na stronie lewej. Jednakowoż podkreślić należy fakt, że 1) w żadnym odcinku tej kończyny nie zdołano stwierdzić znieczulenia i 2) że różnica pomiędzy prawą i lewą stroną występowała nie tylko wtedy, gdy kłuto kończyny górne, lecz również gdy porównywano czucie na prawej i lewej połowie szyi, karku, piersi, a nawet brzucha. Różnica ta występowała najwyraźniej odnośnie do czucia bólowego, była ona więcej wyraźna podczas badania czucia cieplikowego. Dotyk chora odczuwała jednakowo na obydwu stronach ciała. Poza tem zmian nie zauważono. Badanie elektryczne wykazało ruch powolny wyłącznie w m. kłębu dużego prawego.

Dnia 29. X. 1905 dokonano operacji wycięcia prawego żebra szyjnego. Cięcie poprowadzono poziomo, równoległe do obojczyka, mniej więcej 3 cm.

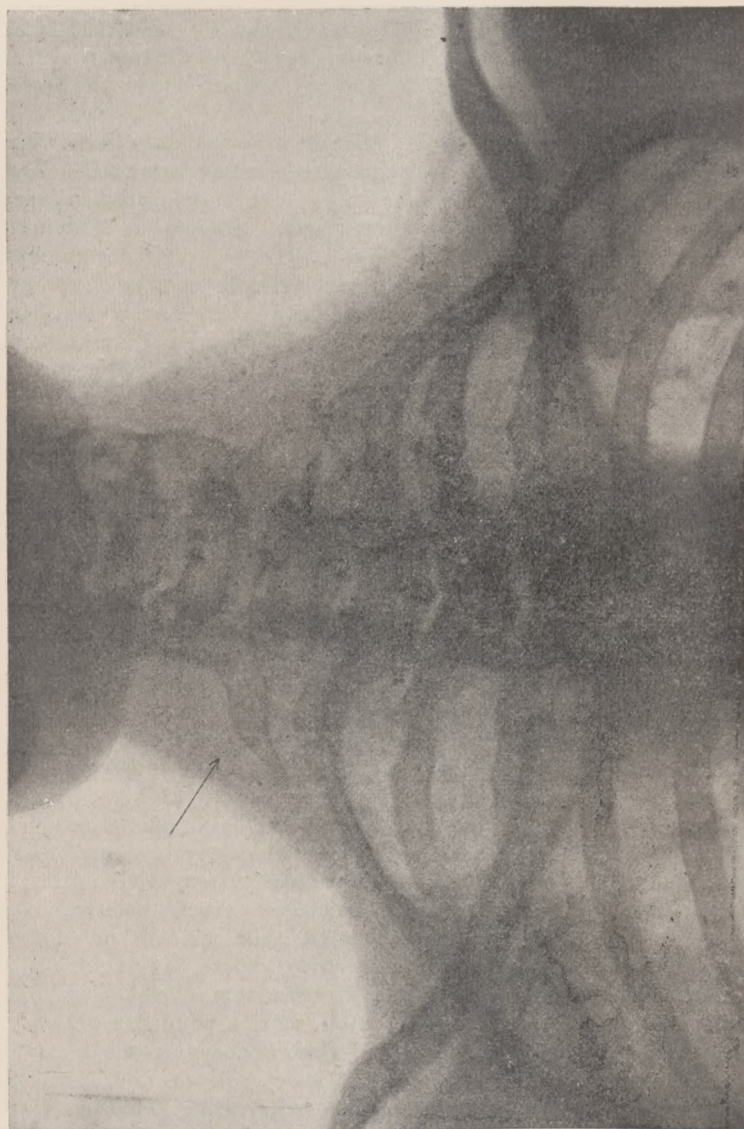


Fig 5.

ponad tymże. W dalszym przebiegu operacji wypadło jednakże dodać drugie cięcie, które wzdłuż brzegu mięśnia kapturowego przebiegało pionowo

do góry, poczynając się od tylnego końca cięcia pierwszego. Tym sposobem obadwa cięcia ograniczały płat prawie prostokątny, po którego odchyleniu ku przodowi i górze otrzymano duże pole operacyjne. Przecięto mięsień podskórny i zewnętrzny listek powięzi powierzchownej, poczem znaleziono umiarkowaną ilość tłuszczu oraz kilkanaście powiększonych gruczołów chłonnych, które usunięto. Wypadło przytem podwiązać kilka gałązek żylnych. Teraz przecięto wewnętrzny listek powięzi powierzchownej, obnażając splot ramienny. Po oddzieleniu tegoż splotu, wzięto go na hak tępy i odsunięto ku górze i przodowi, odkrywając w ten sposób warstwę mięśni pochyłych (mm. scaleni medius et posticus). Teraz można było wyraźnie wyczuć palcem pod mięśniem pochyłym środkowym kostny występ, wyraźnie sterczący i wypychający tenże mięsień nazewnątrz.

Rozdzieliwszy na tępo pęczki mięśni, przedostano się w głąb i obnażono wystający koniec żebra szyjnego. Idąc stąd ku dołowi, przedostano się do 1-go żebra piersiowego, które leżało w miejscu prawidłowem. Koniec żebra szyjnego leżał na 4 ctm. ponad żebrzem piersiowem. Od żebra szyjnego przebiegały wachlarzowato do żebra piersiowego pęczki mięśnia międzyżebrowego. Za pomocą noża oddzielono przyczepy mięśnia od żebra szyjnego na przestrzeni paru centymetrów wgłąb, t. j. do miejsca, gdzie ono łączyło się z wyrostkiem poprzecznym kręgu. Obnażone żebro szyjne miało kształt stożkowaty; przy wyrostku poprzecznym kręgu miało ono grubość ołówka, przy końcu wolnym znacznie cieniało i zaginało się zlekka haczykowato.

Przy końcu wałkowate, nieco spłaszczalo się ono w pobliżu wyrostka poprzecznego. Długość tej części żebra, która wystawała poza wyrostkiem poprzecznym, wynosiła około 3 cm. Żebro miało kierunek, poczynając od wyrostka poprzecznego, ku przodowi i na dół. W celu usunięcia żebra zastosowano szczypce Lüera (pince-gouge), lecz nie udało się tak ich założyć, by odrazu odciąć całą część żebra, ponad wyrostkiem poprzecznym sterczącą. Za pierwszym razem odcięto kawałek 1 cm. długi. Następnie kilkoma oddzielnymi chwytami usunięto po kawałku resztę. Powierzchnię cięcia przy wyrostku poprzecznym kręgu obrównano, brzegi mięśnia rozszczepionego ponad tem miejscem za pomocą paru ściągów strunowych połączono. Szew na powięź ze struny i na skórę z jedwabiu z pozostawieniem małego rozporka, przez który wprowadzono pasek gazy. Ponieważ w głębi zebrało się sporo krwawej wydzieliny, wypadło we dwa dni po operacji parę ściągów usunąć, by otwór w skórze nieco rozszerzyć. Pozatem zagojenie nastąpiło rychłozrostem.

Przebieg pooperacyjny był następujący.

30. X. Bóle dość silne, w nocy nie spała pomimo wstrzyknięcia morfiny. Z powodu bólu ruchy w kończynie ograniczone. Zmieniono opatrunek. Wydzielina krwawa po usunięciu paska z pod skóry. Pasek prowadzący do kości pozostawiono.

2. XI. Bóle w kończynie tylko w czasie ruchów, i to niewielkie, natomiast ruchy bardzo upośledzone. Palca dużego chora nie może zginać inne palce zgina niezupełnie.

4. XI. Usunięto szwy, rana zagojona za pomocą rychłozrostu.

10. XI. Chora skarży się ciągle na bóle w okolicy prawego stawu barkowego.

14. XI. Bóle w stawie barkowym. Ruchy w tym barku ograniczone: podnosi kończynę do 75° .

21. XI. Bóle w okolicy barku i łopatki. Ruchy lepsze: podnosi kończynę do linii poziomej. Położenie łopatki charakterystyczne dla porażenia m. zębatego przedniego. Píše swobodnie.

8. XII. Chora czuje się nerwowo bardzo rozstrojoną. Unosi ramię do linii poziomej. Objawy porażenia m. zębatego przedniego, m. unoszącego kąt łopatki i mm. rombowlanych.

Ucisk na miejsce, gdzie przebiegało żebro szyjne, nie jest bolesny.

Dnia 8. XII. 1905. Widoczne porażenie m. zębatego prawego. Chora podnosi prawą kończynę górną nieco powyżej linii poziomej. Podczas podnoszenia się kończyny ku przodowi i ku górze — prawa łopatka widocznie odstaje od klatki piersiowej. Przyciąganie łopatki do kręgosłupa zachowane, łopatkę tę można jeszcze łatwiej odsunąć od kręgosłupa, niż na stronie lewej.

Dnia 8. I. 1906. Porażenie m. zębatego prawego bez zmian (od 5 tygodni codzienna faradyzacja). Zanik kłębu mniejszego nie jest widoczny. Również kłęb duży jest pełniejszy i tylko w górnej jego części widać zanik wybitniejszy (m. abductor). Badanie prądem elektrycznym wykazało oddziaływanie prawidłowe w kłębie małym prawym. W kłębie dużym prawym stwierdzono w m. przywodzicielu zmianę ilościową, natomiast w m. odwodzicielu skurcz powolny. Czucie wykazuje pewne osłabienie wrażeń bólowych w całej prawej kończynie górnej. Taką samą hipalgezyę stwierdzono na całej prawej połowie szyi, tułowia (z przodu i z tyłu) i na prawej kończynie dolnej. Na twarzy różnica ta nie występowała. Punkt Erba na stronie prawej nie wykazuje zwiększonej bolesności na ucisk.

Dnia 13. V. 1906. W ciągu ostatnich miesięcy bóle zjawiały się od czasu do czasu przeważnie w okolicy prawego m. cucullaris (górnego płata), prawego boku i czasami w dole nadobojczykowym prawym. Ból ten promieniował do prawej kończyny górnej. Podobno po większem przejściu moralnem bóle te raptownie wzmożły się. Podczas napadu tych bólów chora nie może poruszać tą kończyną. Pozatem jednak posiłkuje się nią w pracy codziennej. Skarży się tylko na zmęczenie tej kończyny. Ruchy dowolne prawej kończyny górnej prawidłowe co do rozmiarów. Siła ich jest wogóle mniejsza, niż na stronie lewej. Dotyczy to zarówno części bliższych, jak i dalszych kończyny. Dziedzina czuciowa wykazuje te same zmiany, co i przedtem, hipalgezya dotyczy obecnie nie tylko prawej połowy tułowia i prawych kończyn, lecz również i prawej połowy twarzy. Nie występuje ona tylko na uwłosionej okolicy czaszki. Ucisk na okolicę nadobojczykową wywołuje na stronie prawej ból znacznie silniejszy, niż na stronie lewej. Taką samą różnicę stwierdzić można, uciskając cały prawy obojczyk, mięśnie prawej połowy szyi, prawą połowę kręgow szyjnych, prawe ramię, bok i wogóle prawą połowę tułowia (w porównaniu z lewą). Prawy kłęb duży wykazuje wyraźny zanik odwodziciela (m. abductoris). Kłęb mały zaniku wyraźnego nie wykazuje. Obwód prawego przedramienia wynosi

w górnej trzeciej części $21\frac{1}{4}$ ctm., lewego — 22 ctm., w dolnej $\frac{1}{3}$ części po stronie prawej — $15\frac{1}{2}$ ctm., na stronie lewej — $16\frac{1}{4}$ ctm. Obwód ramienia w części środkowej wynosi zarówno na stronie prawej, jak i lewej 23 ctm.

Chora utrzymuje, iż prawa dłoń bardziej się poci, niż lewa. Badanie prądem elektrycznym wykazało w m. przywodzącym paluch prawym skurcz szybki, ale wynik ruchowy znacznie słabszy, niż na stronie lewej. Brak oddziaływania w m. odwodzącym paluch prawym (zarówno na prąd faryadyczny, jak i galwaniczny). W m. kłębu małego prawego stwierdzono ilościowo osłabione oddziaływanie. W innych mięśniach i nerwach prawej kończyny górnej zmian nie stwierdzono.

SPOSTRZEŻENIE II.

Pani X., 23 lat. Przed 12 laty rozpoczęły się bóle, umiejscowione tuż pod dolnym kątem prawej łopatki. Bóle te miały charakter reumatyczny, występowały pod postacią darcia, nie były jednak zbyt dużego natężenia tak, że można było obejść się bez lekarstw. Bóle te występowały prawie codziennie, raz napadowo, drugi raz w ciągu dłuższego czasu, a nawet w ciągu całego dnia chora odczuwała ból. W nocy bóle nie występowały, zwiększały się w razie zimna i niepogody. Trwało to w ciągu 2 lat, potem ból zjawiał się w łokciu, a od 4 lat — wystąpiły bóle, które rozpoczęły się w okolicy łokcia i szły wzdłuż wewnętrznego brzegu przedramienia do napięstka. Jednocześnie zjawily się sensacje na dłoniowej powierzchni prawej ręki, mianowicie na dłoni, oraz w II i w IV palcach. Ból ten chora odczuwała najdotkliwiej w okolicy stawu łokciowego i napięstkowego. Do ostatniej chwili bóle nie zjawiały się w nocy, czasami tylko były dotkliwsze przed zaśnięciem. Napięcie ich nigdy nie było tak znaczne, by należało użyć środków kojących. Od 4 lat chora sama zauważyła osłabienie I i II palca, a jednocześnie wystąpił zanik m. m. kłębu dużego. Od 2 lat — bóle w mięśniach lewego ramienia.

Stan obecny. Oglądając szyję i klatkę piersiową nic rzucającego się w oczy nie znajdujemy, z wyjątkiem pewnego spłaszczenia m. czworobocznego prawego. Specjalnie należy zaznaczyć, że zarówno dół nadobojczykowy prawy, jako też doły nad — i — podgrzebieniowy prawy nie wykazują żadnych zmian swego prawidłowego wyglądu.

Prawe ramię i przedramię nie wykazuje ani pod względem długości, ani pod względem objętości zmian wyraźnych, natomiast prawa ręka jest trochę węższa, przestrzenie międzykostne nieznacznie zapadłe. Występuje bardzo wyraźnie zanik m. kłębu dużego i mniej wyraźnie kłębu małego prawego.

Dziedzina czuciowa. Uciskając okolice nadobojczykową na stronie prawej możemy z łatwością stwierdzić punkt bolesny, którego umiejscowienie jest następujące. Punkt ten znajduje się na zewnątrz od m. mostkowo-sutkowo-obojszykowego, leży na 4 cm. ponad obojszykiem i 9 cm. poniżej wierzchołka wyrostka sutkowego. Jednocześnie z bólem w miejscu uciskania zjawia się ból, biegnący wzdłuż wewnętrznego brzegu przedramienia

od łokcia do stawu napięstkowego. Zauważyć zarazem można, że w miejscu bolesnem z łatwością daje się wymacać dość ostry, twardy wyrostek kostny,

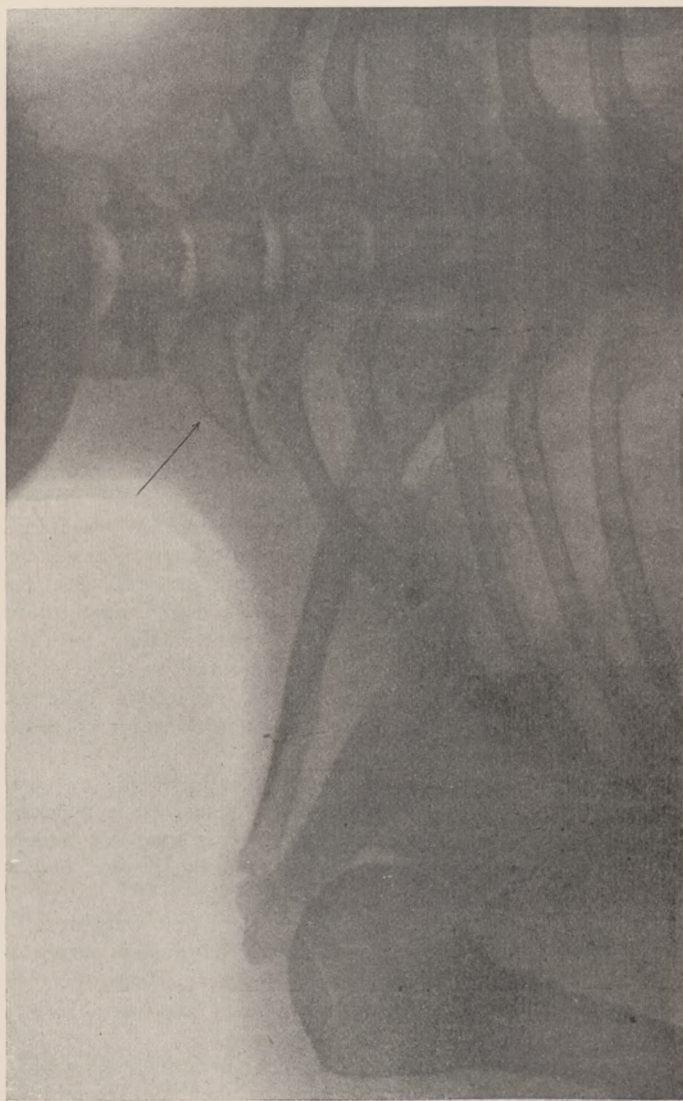


Fig. 6.

idący skośnie w kierunku od kręgów szyjnych nazewnątrz i ku dołowi (Fig. 6). Badanie czucia dotykowego, bólowego, cieplikowego i mięśniowe-

go nie wykazuje zmian wyraźnych, tylko uczucie bólu jest osłabione w końcowym członku IV i V palców na ich powierzchni dłoniowej, pozatem w fałdzie skóry pomiędzy I i II palcem i w okolicy łokcia. Wszędzie, nawet i w tych okolicach, chora odczuwa ukłucia szpilką, jednakowoż jest ono podmiotowo słabsze od uczucia, otrzymywanego w innych miejscach.

Dziedzina ruchowa nie wykazuje zmian widocznych ani co do siły, ani co do rozmiaru ruchów w prawym pasie barkowym. Ruchy w prawym stawie łokciowym i napięstkowym są również prawidłowe. Zginanie i rozginanie, od — i przywodzenie palców prawej ręki zachowane, lecz słabsze, niż na stronie lewej (chora przewycięża na stronie prawej mniejszy opór, niż na stronie lewej). Zwijanie palców prawej ręki w trąbkę na stronie prawej upośledzone. Najtrudniejsze jest zbliżanie pierwszego palca do drugiego.

Dziedzina odruchów. Odruch z m. trójgłowego na stronie prawej zachowany bez widocznej różnicy z odruchem lewym. Odruch z okostnej prawego promienia zachowany, słaby, nie różniący się od lewego.

Badanie prądami elektrycznymi wykazało prawidłowe stosunki dla nerwów i mięśni prawej kończyny górnej, z wyjątkiem m. kłębku dużego prawego. W tym ostatnim otrzymywano na stronie lewej skurcz po stosowaniu prądu faradycznego siły = 95, na stronie prawej — 90, przyczem przeważało zginanie dużego palca; po zastosowaniu prądu galwanicznego otrzymywano na stronie lewej skurcz szybki $K > A$ przy 3,5 MA, na stronie zaś prawej — skurcz powolny, robaczkowy, $A > K$, przy 6 MA. — W m. kłębku małego nie stwierdzono żadnych różnic na obu stronach.

Nadmienić należy, że w nerwach czaszkowych nie stwierdzono żadnych zmian. Żrenice jednakowej wielkości, szpary oczne prawidłowe. W kończynach dolnych również nie stwierdzono żadnych zmian. PR, AR — zachowane. Siła i czucie prawidłowe. Pod względem duchowym chora odznacza się wielką wrażliwością i pewnemi zboczeniami natury płciowej. Pozatem — bardzo inteligentna, zachowanie się względem operacji spokojne.

Operację wykonano 16/XII. Cięcie poprowadzono zlekka ukośnie, poza tylnym brzegiem mięśnia sutkowo-obojeczykowo-mostkowego. Po przecięciu skóry, mięśnia podskórnego i obu listków powięzi powierzchownej obnażono splot nerwowy, który poprzecznie krzyżowała niewielka gałąź tętnicza (a. superficialis colli). Tętnicę odsunięto ku górze, nerwy nieco na wewnątrz. Bezpośrednio pod splotem leżało żebro szyjne, którego koniec opierał się o tylne gałęzie splotu. Żebro miało kierunek od góry i od wewnątrz ku dołowi i nazewnątrz, a nadto w pewnym stopniu od tyłu ku przodowi. Odsuwając bez wielkiego wysiłku splot nerwowy ku przodowi, otrzymano zupełnie wygodny dostęp.

Od żebra szyjnego do pierwszego żebra piersiowego przebiegały pęczki mięśnia międzyżebrowego. Za pomocą noża oddzielono ten mięsień od żebra szyjnego, obnażając przeszło 2 cm. tegoż żebra t. j. do miejsca, gdzie żebro przybierało kierunek poziomy i czołowy, łącząc się z wyrostkiem poprzecznym. W tem miejscu odbito dłutem obnażoną część żebra. Ponad tem miejscem spojono szwem węzłkowym ze struny rozsunięte

pęczki mięśniowe. Szew endermoidalny na skórę z pozostawieniem niewielkiego rozporoka, przez który wprowadzono pasek gazy. Po operacji



Fig. III.

Fig. 7.

przebieg bez podniesienia ciepłoty, prawie bez bólu. W ciągu pierwszych kilku dni po operacji niewielki niedowład mięśni barku i niewielka niesprawność palców, co zresztą wprędce zupełnie przeszło. W 8 dni po

operacji pacjentka zmuszona była wyjechać z maleńką jeszcze niezagojoną raną na miejscu, gdzie był wprowadzony pasek gazy. W rok po operacji pacjentkę widział kol. Chodakowski, w którego zakładzie była wykonana operacja. Pacjentka czuła się zupełnie dobrze, bólów ani jakichkolwiek zaburzeń w ruchach prawej kończyny górnej nie miała.

SPOSTRZEŻENIE III.

Pani S. R. 25 lat zauważyła przed 3 laty twardą guzowatość ponad lewym obojczykiem. Guzowatość nie sprawiała jej specjalnych dolegliwości. Obecnie znajdujemy: ponad lewym obojczykiem, w trójkącie nadobojczykowym na oko uwidacznia się występek; obmacując tenże znajdujemy twardą masę kostną. Masa ta ma kształt, przypominający duży wyrostek kostny lub też żebro. Zaznacza się ten wyrostek na $4\frac{1}{2}$ ctm. ponad obojczykiem, wychodząc tu z pod m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego (Fig. 7). Następnie wyrostek wykazuje kierunek ku dołowi i nieco nazewnątrz. Ginie on gdzieś w okolicy I żebra. Pulsację tętnicy podobojczykowej wyraźnie wyczuwa się w pobliżu powierzchni szyi tak, jakby taż tętnica była znacznie wypchnięta ku przodowi. Naciskając tę okolice splotu ramiennego w kierunku do opisanego występu, który leży nieco na zewnątrz od tego splotu, wywołujemy duży ból. Ze strony układu nerwowego nie stwierdziliśmy zresztą żadnych zmian. Żrenice szerokie, jednakowe. Nerwy czaszkowe bez zmian. W kończynach górnych ruchy czynne i bierne prawidłowe. Nigdzie nie widać zaników. Specjalnie zaznaczyć należy, że drobne mięśnie rąk były prawidłowe. Wszelkie rodzaje czucia niezmienione. Odruchy z m. trójgłowego i z okostnej średnio żywe. Kończyny dolne zmian nie wykazują.

Pacjentka naogół sprawia wrażenie osoby nerwowej. Stwierdziliśmy pozatem punkty bolesne, np. nieopodal brzegu wewnętrznego prawej łopatki i w innych częściach.

SPOSTRZEŻENIE IV.

Marya K. 14 lat cierpi od 2 lat na bardzo uporczywe bóle w kolanach. Bóle są stałe, niezależne ani od pogody, ani od ruchu. Od roku — bóle głowy, usposobienie apatyczne; chora unika towarzystwa. Przed rokiem skarżyła się raz jeden na ból w lewym barku. Później ból ten więcej nie występował. Przypadkowo stwierdzono (kol. Rapczyński) lewe żebro szyjne. Ojciec chorej — alkoholik, cierpi na moczówkę. Matka — zdrowa.

Stan obecny. Lewa okolica nadobojczykowa przedstawia lekkie uwypuklenie, które tworzy rodzaj wystającego grzebienia, przebiegającego od środka m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego do środka obojczyka (fig. 8). Macając, wyczuwamy w tem miejscu kostną, nieruchomą masę, mającą postać wyrostka lub krótkiego żebra, biegnącego od góry i od wewnątrz ku dołowi i na zewnątrz. Odcinek górny czyli wewnętrzny tego żebra daje się prześledzić aż do kręgosłupa, odcinek dolny (zewnątrzny) staje się coraz cień-

szym i ginie jako cienka tasiemkowata masa kostna poza obojczykiem w okolicy I żebra.

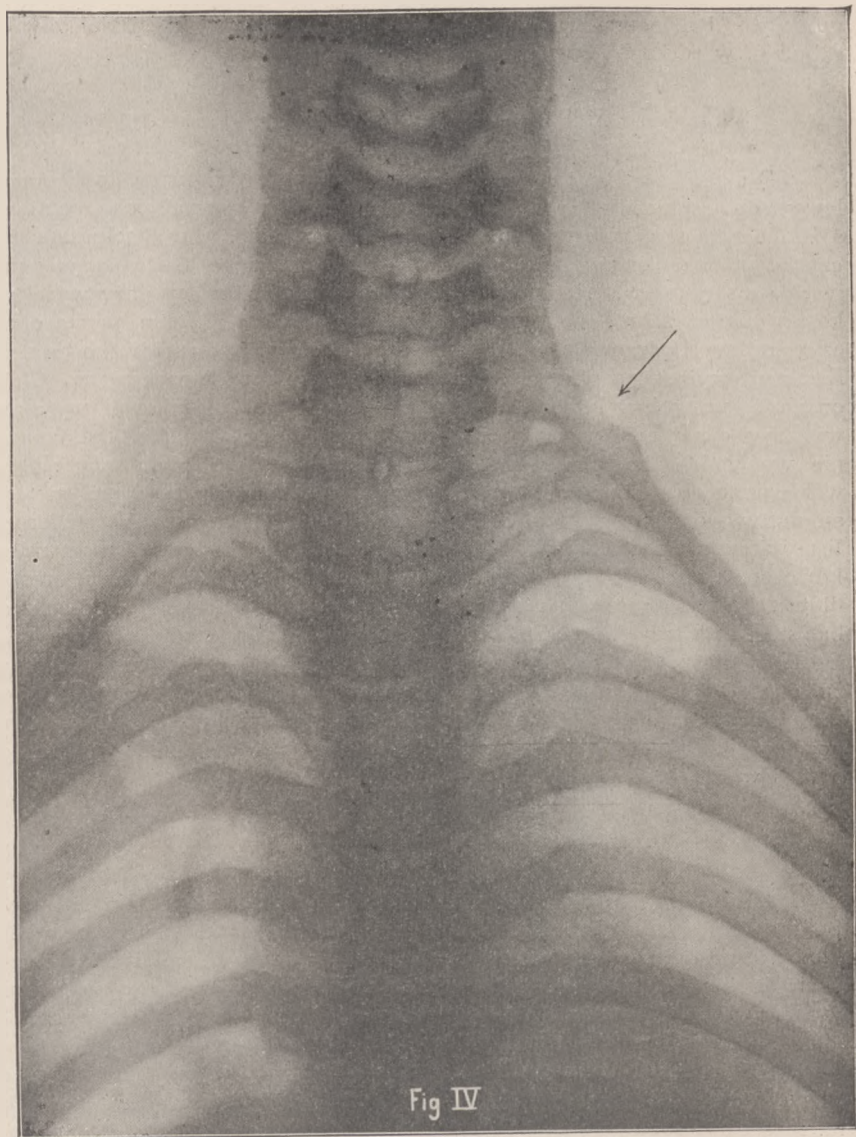


Fig. 8.

Jeżeli przycisnąć punkt 3 cm. ponad obojczykiem, odpowiadający mniej więcej punktowi Erba, w kierunku do kostnej masy, to chora odczuwa

duży ból. Pozatem nie stwierdzono wyraźnych objawów organicznych. Żrenice prawidłowej wielkości. Kończyny górne zmian nie wykazują, specjalnie zaś nie widać zaników drobnych mięśni rąk. Odruchy ścięgnowe i okostnowe dość żywe. Kończyny dolne natomiast osłabione. Siła ich jest zmniejszona. Różnica ta występuje wyraźnie w stosunku do kończyn górnych. Chodzi dobrze. Podobno w czasach ostatnich powłóczyła nogami. Odruchy kolanowe bardzo żywe, rzepkopląsu niema. Odruch podeszwowy prawidłowy. Czucie wszędzie zachowane. Hemihyperaesthesia sinistra. Odruchy brzuszne żywe. Zmian w stawach kolanowych niema żadnych.

Fluor albus. Suspitium masturbationis.

SPOSTRZEŻENIE V.

Pan W. 45 lat, zjawił się do jednego z nas dnia 13 listopada 1906 r.

W kwietniu dostał pierwszy i jedyny raz krwioplucia, które trwało przez czas bardzo krótki. Chory czuł się z początku dobrze i dopiero 1½ miesiąca po tem krwiopluciu wystąpiły bóle w okolicy prawej sutki. Bóle te, o charakterze wyraźnie palącym, nie promieniowały wtenczas ani do ramienia, ani do kręgosłupa. Wtedy jeszcze były one niestałe, przychodziły na kilka godzin, potem ustępowały znowu, a nawet bywały takie dni, kiedy chory zupełnie bólów nie miał. Oddychanie, praca fizyczna, chodzenie wtenczas wyraźnego wpływu na nasilenie bólów tych nie wywierały.

Chory, który przechodził niegdyś przymiot, pojechał do Buska, gdzie przeszedł leczenie swoiste, po którym nastąpiło jednak wyraźne pogorszenie. Bóle w okolicy sutkowej prawej stały się częstsze i gwałtowniejsze. Chory wyjechał na Krym, lecz stan jego nie poprawił się. Po przyjeździe do Warszawy wysłany został do Otwocka (podejrzewano gruźlicę płucną), lecz tutaj stan jego jeszcze bardziej pogorszył się. Bóle świdrujące zaczęły wyraźnie promieniować do prawego ramienia. Po powrocie z sanatorium trudno już było mu chodzić. W ostatnich czasach chory znacznie wychudł. Zaburzeń stolca i odbytynicy nie było.

Stan dnia 23. XI. 1906. Chory wysokiego wzrostu, umiarkowanej budowy, upośledzonego odżywiania. Tętno 92. Lewe płuco pod względem wypukowym i wysłuchowym nie przedstawia nic szczególnego, tylko w wierzchołku słychać oddech o charakterze chuchającym, który jest niewątpliwie przeniesiony z prawej strony. W prawem płuco z tyłu wybitne stępienie począwszy od wierzchołka aż do dolnego kąta łopatki. Z przodu nad obojczykiem i poniżej, aż do 5-go żebra, stępienie z odgłosem wybitnie bębenkowym i oddechem zaostrozonym.

Uwypuklenie prawego stawu mostkowo-obojczykowego. Wyraźna bolesność IV, V i VI kręgów grzbietowych od ucisku. Wyraźna bolesność V międzyżebra w linii przymostkowej i sutkowej. Nerwy czaszkowe zmian nie wykazują. Siła mięśniowa i czucie w kończynach górnych i dolnych niezmiennione. Odruchy kolanowe bardzo żywe, również i ze ścięgna Achillesa. Lekko zaznaczony obustronny stopopląs. Odruch podeszwowy niezmienniony. Lewy odruch brzuszny słabszy od prawego. Rentgenogramat wykonał kol. Barszczewski, który stwierdził nowotwór pod prawym oboj-

czykiem oraz w okolicy IV do VI kręgów grzbietowych. Chory wskazywał na bardzo silne, nieustające bóle we wskazanej powyżej okolicy. Następnie zjawilo się uczucie drętwienia w lewej kończynie dolnej.

W lewym dole nadobojczykowym stwierdzono t. zw. żebro dodatkowe na szyi (Fig. 9).

Przypadek ten został już poprzednio opisany (Flatau, „O nowotworach rdzenia“. 1909. Księgarnia Wendego oraz „Księga jubileuszowa D-ra B. Sawickiego“. Warszawa. 1909). Przedstawia on kombinację nowotworu ze-

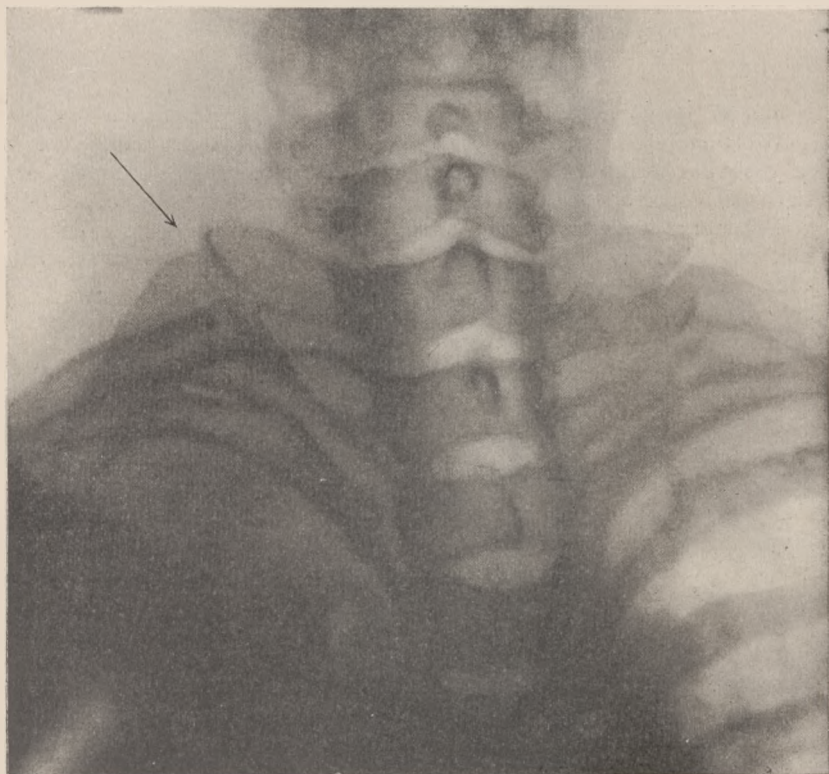


Fig. 9.

wnątrzdzeniowego (lymphosarcoma mediastini) z żebrzem szyjnym. W lewym dole nadobojczykowym wymacuje się pewne wywyższenie. Łatwo daje się wyczuwać twarda masa kostna, którą można prześledzić z jednej strony w kierunku do kręgosłupa, z drugiej zaś biegnie ona na zewnątrz i zagina się ku dołowi pod okolicę obojczyka. Uciskanie tej okolicy wywołuje ból niezbyt dotkliwy. Samoistnych objawów żebro to nie wywoływało (ani podmiotowych ani też przedmiotowych).

SPOSTRZEŻENIE VI.

Chora C. A. 40 lat, zjawiała się do jednego z nas dnia 27 listopada 1906 r.

Przed 10 tygodniami zjawiły się bóle rwące tuż pod dolnym końcem lewej łopatki. Następnie bóle przeszły w okolicę górnego brzegu lewego m. czworobocznego i w lewą kończynę górną: w ramię i przedramię aż do lewego stawu napięstkowego. Bóle te męczyły chorą i w dzień i w nocy i stopniowo stawały się coraz mocniejsze; obecnie chora utrzymuje, że bóle te ma stale wzdłuż wewnętrznego brzegu lewej łopatki od karku aż do dolnego kąta, w karku zaś i w lewej kończynie górnej tylko czasami. Bóle te wzmagają się, kiedy chora mówi, połyka, chodzi po kamieniach. Najsilniej występują podczas jazdy dorożką po nierównym bruku.

Siedmioro dzieci. Poprzednio nie chorowała. Przyczyna choroby niewiadoma. Nie przechodziła żadnej choroby gorączkowej, urazu fizycznego nie było. Natomiast chora przechodziła ostatnio na skutek pogromów białostockich dużo wstrząśnień moralnych. Żadnych objawów nerwowości ani histeryi nigdy nie wykazywała, łatwo jednak ulegała omdleniu od bólu mocnego. Drgawek nigdy nie miewała.

Badanie wykazało: chora trzyma głowę mało ruchomo; położenie to przypomina nieco cierpienie kręgów szyjnych. Chora sama utrzymuje, że umyślnie trzyma głowę dość nieruchomo, ponieważ wskutek ruchów zjawiają się od czasu do czasu bóle z lewej strony kręgosłupa od karku aż do dolnego kąta łopatki.

Gdy głowę chorej pochyla się ku tyłowi, uczuwa bardzo dotkliwe bóle na stronie lewej od karku wzdłuż wewnętrznego brzegu łopatki aż do dolnego jej kąta. Pochylenie głowy ku przodowi i na prawo wywołuje również te bóle, a nachylenie głowy do lewego ramienia wywiera mały wpływ na bóle.

Oględziny zewnętrzne nie wykazują zmian wyraźnych; być może, wklęsłość dołu nadobojczykowego prawego jest nieco większa, niż lewego. Obmacujący palec napotyka w okolicy lewego punktu Erba na większy opór, aniżeli na stronie prawej, wyraźnie jednak nie wymacuje się żebra dodatkowego, raczej — jakieś wygórowanie twarde o kształtach nieokreślonych.

Uciskanie tego punktu wywołuje na stronie prawej ból nieznaczny, na stronie zaś lewej ból bardzo dotkliwy. Ból ten promieniuje do łokcia lewego.

Pozatem zmian w ustroju nerwowym nie wykryto. Żrenica równa. Ruchy w lewej kończynie górnej prawidłowe co do siły i rozmiarów. Czucie zachowane. Odruch z m. trójgłowego i okostnowy bez różnicy z obu stron. Zaników nigdzie nie widać. Kończyny dolne prawidłowe. Odruchy kolanowe i ze ścięgna Achillesa średnio żywe. Czucie w obu połowach ciała jednakowe. Pod względem duchowym chora czyni wrażenie osobnika zupełnie prawidłowego, o nastroju pogodnym i spokojnym.

Rentgenogramat wykazał żebro szyjne lewostronne (Fig. 10).

SPOSTRZEŻENIE VII.

Panna X., 17 lat.

Przed 5 laty podczas zapinania gorsetu raptownie pociemniała cała lewa kończyna górna. Trwało to podobno krótko — kilka minut, i przeszło. Wtedy też zjawiał się ból w lewej ręce. Chora zaznacza, że ból ten nie był

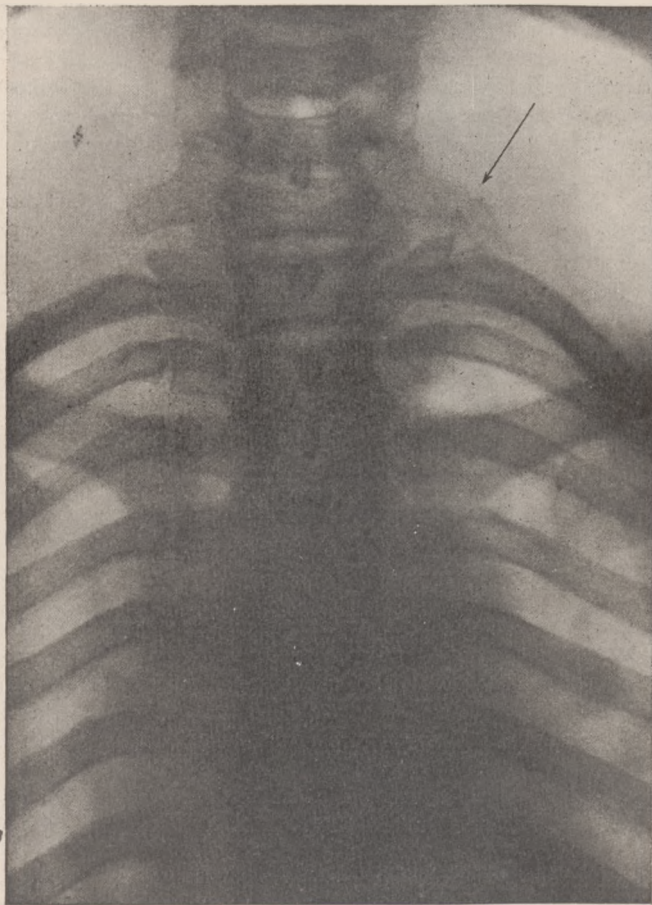


Fig. 10.

dotkliwy i że raczej było to drętwienie bolesne. Objawy te powtarzały się nieregularnie w ciągu roku i zjawiały się przeważnie podczas wysiłku, np. podczas grania na fortepianie — w stawie łokciowym i napiętkowym. Rozpoznano żebra szyjne (Fig. 11) (obustronne). Chora wyjechała zagranicę



Fig. II.
(Fotografia przed operacją).

i tam była przed 4 lata operowana przez jednego z wybitniejszych chirurgów w Berlinie. Operacji dokonano z początku z lewej strony, poczem chora poprawy nie doznała. Po upływie 2 następnych tygodni — dokonano drugiej operacji z prawej strony. Przez 3 dni po drugiej operacji chora czuła się dobrze i bólów zgoła nie doznawała. Lecz wkrótce bóle te ponowiły się i lewa ręka od czasu do czasu siniała. W czasach ostatnich lewa ręka jest prawie zawsze zimniejsza od prawej i sinawa. Od czasu do czasu ręka ta sinieje bardziej, zwłaszcza podczas grania lub podnoszenia cięższych przedmiotów. W prawej kończynie górnej chora nigdy nie doznawała żadnych uczuć przykrych.

Chora była zawsze dzieckiem nerwowem. Miewała i miewa bardzo często napady „spazmów i strasznych krzyków“. Podobno od 4—5 lat zjawiał się zez i od tego czasu — dwojenie.

Stan chorej. Odżywianie bardzo dobre. Bardzo wrażliwa, przeczułona, skłonna do fantazyowania. Miewa kulę histeryczną. Bicia serca. Bóle głowy. Od czasu do czasu kurcze w prawej łydce. Obawy, lęki, szczególnie w ciemnym pokoju. Chwilami wydaje się jej, że ktoś ją ściga. Lekki zez. Oczy zlekka wysadzone (exophthalmus). Powieki nieco obrzękłe i opadające.

W okolicy powyżej dołu nadobojczykowego wymacuje się z obu stron twarde pasmo kostne, biegnące od dolnej części kręgosłupa szyjnego w poprzek dołu nadobojczykowego na mniej więcej z palce poprzeczne powyżej wewnętrznego odcinka obojczyka. Już oglądaniem można stwierdzić pewne zniekształcenie tej okolicy. Obmacywanie tych pasem kostnych powoduje ból. Jeżeli uciskać zlekka prawą tętnicę szyjną i przyciskać ją w kierunku do owego występu kostnego, to palec wyczuwa szmer w naczyniu.

Obie kończyny górne wykazują pewien stopień sinicy i dłonie są zimne. Lewa dłoń jest bardziej sina, niż prawa. Sinicę tę widać również na lewym przedramieniu i ramieniu.

Siła kończyn górnych prawidłowa. Czucie niezmienione. Odruchy (z m. trójgłowego i okostnowe) średnio żywe. Badanie elektrycznością zmian nie wykazuje. Zaników nie widać. Kończyny dolne prawidłowe. Odruchy nie wzmożone.

Zdjęcie za pomocą promieni Roentgena wykazało (Fig. 12), że podczas wykonanych operacji zostało usunięte nie żebro szyjne, lecz pierwsze żebro w swej części przykręgowej i bocznej, pozostał jednak, jak to widać na Fig. 12, brzeg tego żebra, który przylega do żebra szyjnego. Podczas drugiej operacji, która, nawiasem mówiąc, miała trwać parę minut, chirurg oczywiście nic nie usunął.

Przypadek ten jest pod względem praktycznym bardzo ważny. Okazuje się, że nawet chirurg bardzo doświadczony może popełnić błąd zasadniczy i usunąć zamiast żebra szyjnego prawidłowe żebro pierwsze pierśsiowe. Tłómaczy się to w ten sposób, że, jakeśmy to wyżej zaznaczyli (p. Fig. 4), pierwsze żebro pierśsiowe może zaczynać się bardzo wysoko i dawać powód do omyłek.



Fig. 12.
Fotografia po operacyi.

SPOSTRZEŻENIE VIII.

Panna U. 17 letnia zjawiła się d. 3 marca 1908. Opowiada, że przed rokiem zaczęła doznawać bólów z obu stron szyi w okolicy, leżącej ku przodowi od m. czworobocznego; podobno już wtedy stwierdzono wypuklenie w lewym dole nadobojczykowym. Ból trwał wtedy dni kilka, poczem znikł. Przed 2 tygodniami ponowił się ból z lewej strony szyi. Zjawia się on obecnie codziennie i trwa bez przerwy aż do nocy. Od kilku dni przyłączył się ból na prawej stronie szyi. Ból ten nie jest zależny ani od ruchów, ani od położenia ciała; w cieple się zmniejsza.

Dotąd pacjentka, poza powyższymi objawami, zawsze była zdrowa, jednakże wykazywała objawy nerwowości, bywała grymasna, bez powodu płakała i rozpaczała, cierpiała na uczucie zamierania serca i t. p. Ojciec cierpi na neurastenię, w rodzinie matki — choroby umysłowe.

Stan obecny chorej. Badanie wykazywało wyraźne wypuklenie w okolicy wolnego brzegu lewego mięśnia czworobocznego. Obmacując, wyraźnie wyczuwamy w lewym dole nadobojczykowym występ kostny nazewnątrz od m. mostkowo-obojezykowo-sutkowego i na 3 cm. powyżej obojczyka. Miejsce to na ucisk jest bardzo bolesne. Na stronie prawej objawów tych nie znajdujemy (Fig. 13).

Nerwy czaszkowe prawidłowe, odruch z łącznicy zachowany, w kończynach górnych siła dobra, czucie prawidłowe, z obu stron jednakowe. Odruchy z m. trójgłowego i okostnowe średnio żywe. Zaników nigdzie nie widać. Ręce sinawe marmurkowate, spocone. Nerwy obwodowe niebolesne. W kończynach dolnych siła dobra, czucie zmian nie wykazuje, odruchy kolanowe wybitnie wzmożone, odruchy ze ścięgna Achillesa żywe. Stopy bardzo często zimne, jakby lodowe, szczególnie wieczorem. W narządach wewnętrznych zmian nie stwierdzono.

Zdjęcie za pomocą promieni Roentgena wykazało obecność żebra szyjnego na stronie lewej.

W ciągu następnych dwóch lat chora miewała od czasu do czasu bardzo mocne bóle we wspomnianej wyżej okolicy, które słabły dopiero po zastosowaniu bardzo gorących okładów.

SPOSTRZEŻENIE IX.

Chora W., l. 33 badana po raz pierwszy 9 stycznia 1909 r., opowiada, że w czerwcu roku zeszłego zjawily się napady spazmów, podczas których rzucała się całym ciałem i krzyczała. Napady te powtarzały się aż do ostatnich czasów. Prócz tego bóle głowy, nudności, darcie rąk, uczucie ściągania palców. Podczas pierwszego badania nie zwrócono uwagi na żebro szyjne. Od lipca 1909 chora zaczęła uskarżać się na bóle w lewej kończynie górnej. We wrześniu zwróciła uwagę na to, że lewą ręką żadnego przedmiotu nie może długo utrzymać. Od tego czasu zaczęły zjawiać się bez wyraźnego powodu męczące bóle w palcach tej ręki, głównie zaś w małym palcu, przyczem palce zginały się, i bóle rwące rozpowszechniały się na całą lewą kończynę górną aż do pachy, a nawet piersi, na szyję

jednak nie przechodziły. Napady bólów trwały od kilku minut do pół godziny, i wtedy chora nie mogła tą ręką władać. Powtarzały się takie napady



Fig. 13.

po kilka razy dziennie. Czasem podczas napadu ból zjawiał się wyłącznie w lewej sutce, podczas gdy lewa kończyna górna pozostawała wolna.

Niekiedy bóle były tak silne, że chora mdlała. Badanie, dokonane 11 marca 1910 r., wykazało wypuklenie w okolicy nadobojczykowej lewej (Fig. 14). Wyczuwa się tutaj charakterystyczną wyniosłość kostną nazewnątrż od dolnej szyjnej części kręgosłupa. Przy przednim brzegu tej wyniosłości w odległości 3 — 4 cm. ponad obojczykiem znajdujemy punkt bardzo bolesny od ucisku. Badanie przedmiotowe układu nerwowego żadnych zmian nie wykazało, specjalnie zaś podkreślić należy brak zaniku drobnych mięśni lewej ręki.

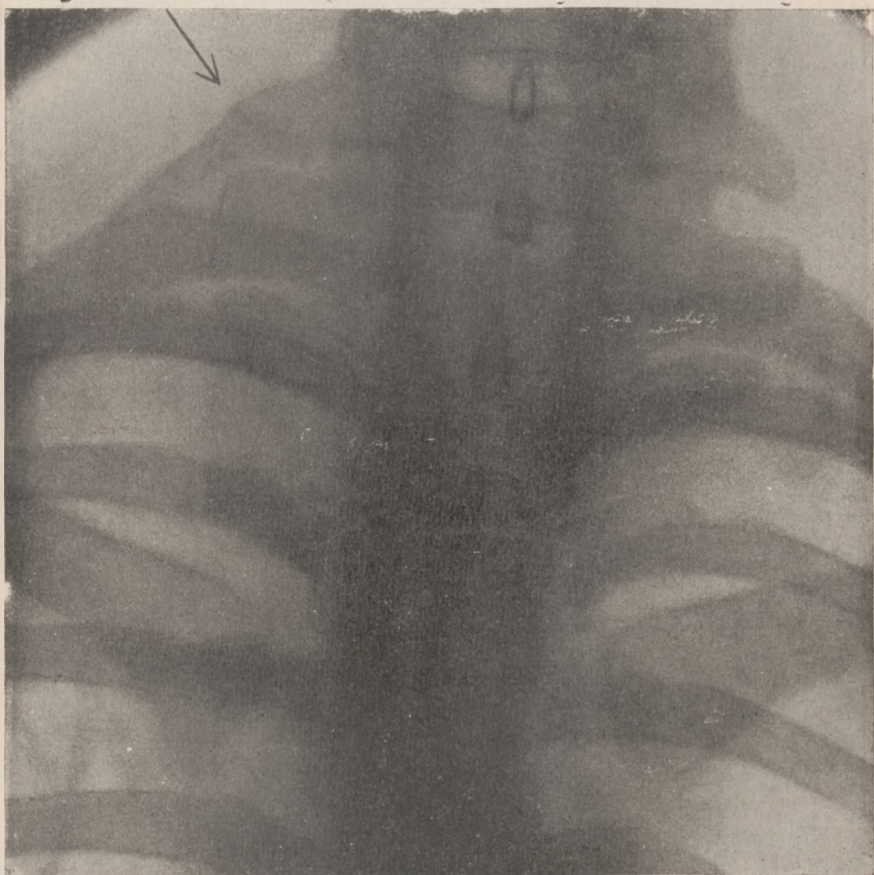


Fig. 14.

Chora utrzymuje, że od lipca do marca cierpiała na bóle w lewej kończynie górnej; podczas napadów spostrzegła podobno żyłki na grzbietowej powierzchni palców lewej ręki wzdłuż zewnętrznych i wewnętrznych brzegów. Żyłki te podczas napadów podobno nabrzmiwały. W rzeczy samej widać dziś na 5 i 4 palcach lewej ręki krótkie żyłki w okolicy stawów między 1 i 2 członkiem; na prawej ręce żyłek tych nie widać.

Rozpoznano lewostronne żebro szyjne. Zdjęcie rentgenowskie rozpoznanie to potwierdziło. D. 5 maja badano chorą po raz ostatni przed operacją. Chora doznaje codziennie napadów bolesnego ściągania palców lewej ręki, biegnącego wzdłuż całej lewej kończyny górnej aż do pachy. Przedmiotów cięższych nie może długo utrzymać w lewej ręce, ponieważ zjawia się w niej uczucie omdlewania. Lewą rękę chora trzyma ostrożnie, palcami porusza niewiele. Oprócz napadów bólów miewała także napady spazmów oraz czkawki.

Całe zachowanie się chorej znamionuje wyraźne usposobienie histeryczne. Badanie kręgosłupa wykazuje lewostronne piersiowo-lędźwiowe boczne skrzywienie z podniesieniem lewej łopatki do góry i przysunięciem jej do wyrostków kolczystych kręgów piersiowych. Największy łuk zgięcia odpowiada dolnej połowie kręgów piersiowych i górnym kręgom lędźwiowym.

W d. 12 maja wykonano operację. W dole nadobojczykowym prowadzono cięcie pionowe, do którego w ciągu operacji wypadło dodać niewielkie cięcie poziome, biegnące ponad obojczykiem ku przodowi, do przyczepu mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego. Przecięto skórę, obadwa listki powięzi powierzchownej, usunięto spory pęk gruczołów chłonnych. Teraz pod obnażonymi mięśniami pochyłymi, zwłaszcza pod średnim i tylnym, można było wyraźnie wyczuć przebiegające nieco ukośnie żebro szyjne.

Oddzielono na tępo mięsień pochyły średni od tylnego, rozsunieto je hakami i przedostano się bezpośrednio do żebra. Dla dokładnego obnażenia tegoż wypadło przeciąć oddzielne pęczki mięśniowe, przymocowujące się do niego. Żebro szyjne miało kształt pałeczkowatego, lekko spłaszczonego kostnego tworzywa, który przebiegał od wyrostka poprzecznego 7-go kręgu szyjnego nazewnętrz i nieco ku dołowi, łącząc się następnie z trzonem pierwszego żebra piersiowego. Długość wolnej części żebra szyjnego pomiędzy wyrostkiem poprzecznym kręgu a żebrzem pierwszym wynosiła około 3 cm.; grubość odpowiadała grubości średniego ołówka.

Dla lepszej orientacji obnażono i żebro pierwsze piersiowe na przestrzeni kilku centymetrów. Leżało ono pod żebrzem szyjnym i nieco głębiej od niego, wskutek czego było mniej dostępne (Fig. 15). Natomiast żebro szyjne leżało powierzchowniej czyli zewnątrzniej i odpychało nieco nazewnętrz mięśnie pochyłe i splot nerwowy, chociaż większego ucisku na nie wywierać nie mogło. Łącząc się z pierwszym żebrzem, nie kończyło się odrazu żebro szyjne, lecz tworzyło na górnym brzegu tegoż żebra pierwszego walczkowate zgrubienie, które dalej przebiegało na przestrzeni około 2 cm. Ten twardy, biały waleczek wyraźnie odróżniał się od ciemniejszej i znacznie mniej spójnej tkanki żebra pierwszego. Żebro szyjne odcięto nożycami kostnymi tuż przy wyrostku poprzecznym i przy żebrze pierwszym, pozostawiając na niem wspomniany walek. Następnie usunięto ostre szczypcami część wyrostka poprzecznego na kręgu VII i na VI (obadwa były dłuższe, niż prawidłowo bywa).

Podczas całej operacji, rozciągając brzegi rany, starano się szczerzyć splot ramienny. Ranę zaszyto, pozostawiając niewielki otwór, przez który

wprowadzono pasek gazy. Ponieważ na drugi dzień po operacji wieczorem ciepłota podniosła się powyżej 38° , trzeciego dnia zmieniono opatrunek, przy czem po usunięciu gazy z rany, wylało się z głębi sporo surowiczko-krwistej cieczy. Ciepłota opadła i dalsze gojenie szło szybko bez powikłań.

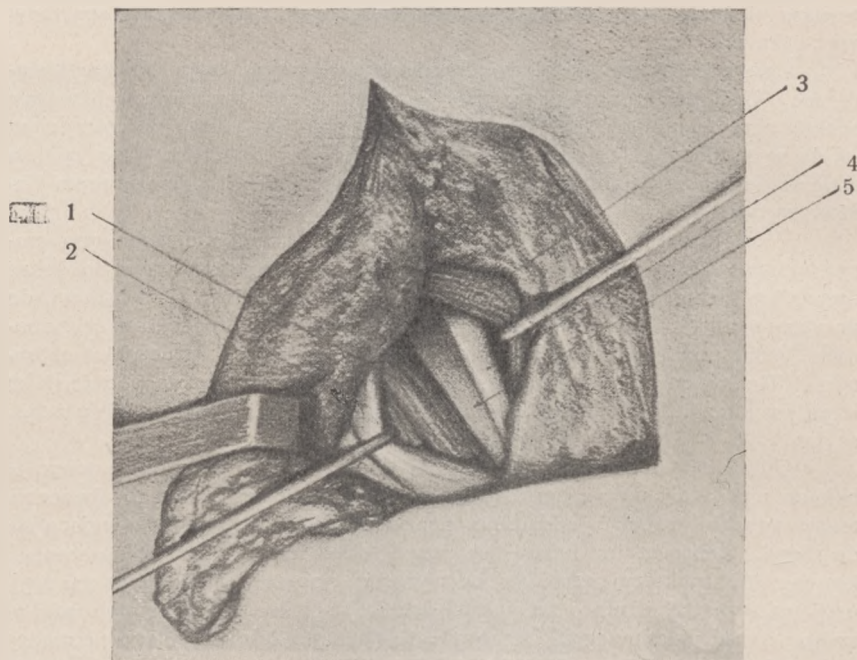


Fig. 15.

Żebro szyjne (lewa strona szyi): 1—mm. scaleni ant. et med.; 2—plexus brachialis; 3—m. scalen. post; 4—costa cervicalis; 5—costa thoracica I.

Pacjentka po operacji odczuwała ból, zresztą umiarkowany, tylko w okolicy rany. Natomiast bóle w kończynie górnej nie zjawily się ani razu.

W 5 tygodni po operacji chora nie skarżyła się na bóle wzdłuż lewej kończyny górnej. Chwilami zjawiają się jeszcze bóle w okolicy rany, w łopacie, ramieniu i w lewej dłoni. Przy czynnościach drobniejszych używa lewej ręki, ale ją oszczędza. Usposobienie wybitnie histeryczne.

Opisane powyżej przypadki są pod tym względem zajmujące i ważne, że bardzo często występuje w nich nader wyraźne stopniowanie objawu najbardziej dokuczliwego, a mianowicie bólów. W spostrzeżeniu pierwszym bóle były tak uporczywe,

że tylko morfina sprawiała ulgę chwilową. Również i w przypadku szóstym, ósmym i dziewiątym bóle były bardzo mocne. W przypadku drugim i siódmym bóle były mniej dokuczliwe. W przypadku trzecim i piątym chory nie skarżył się wogóle na ból. W przypadku czwartym raz tylko jeden chora skarżyła się na ból w odpowiedniej okolicy. W przypadku ósmym pomiędzy I a II okresem bólów istniała wielomiesięczna przerwa. Wydaje się nam, że o powstawaniu bólów stanowi nie tyle długość żebra, ile jego kierunek i stosunek do splotu ramiennego. W pierwszym przypadku żebro szyjne było tak krótkie, że nie zdołaliśmy stwierdzić żadnego uwypuklenia dołu nadobojczykowego. Przez czas dłuższy nie mogliśmy właściwie rozpoznać cierpienia i dopiero w końcu, widząc, jak uporczywe są zarówno bóle jak i zaniki mięśni ręki, wpadliśmy na myśl, czy nie jest to żebro szyjne.

Wkrótce potem traf sprowadził do nas drugą chorą. Objawy, które u niej zauważyliśmy, a mianowicie połączenie bólów promieniujących do kończyny górnej z zanikiem drobnych mięśni ręki było tak podobne do zbioru objawów u pierwszej chorej, że rozpozналиśmy cierpienie natychmiast, nawet przed dokonaniem zdjęcia promieniami Roentgena.

W przypadku trzecim uwypuklenie w dole nadobojczykowym było tak wybitne, że rozpoznanie było nader łatwe. W przypadku czwartym wypukłość ta uwydatniała się w stopniu znacznie mniejszym.

W przypadku piątym wykryto żebro szyjne tylko przypadkowo na zdjęciu rentgenowskim i wtedy dopiero zdołano stwierdzić w odpowiednim dole nadobojczykowym charakterystyczną masę kostną.

W przypadku szóstym bóle były bardzo wybitne, umiejscawiały się z początku w okolicy łopatki, następnie posunęły się ku górze i promieniowały do kończyny górnej. Jest rzeczą godną podkreślenia, że bóle te nasilały się już podczas rozmowy i łykania, i były najsilniejsze podczas większego wstrząsu. W przypadku tym wybitną rolę odegrały przejścia natury moralnej (pogromy). Głowę chora trzymała prawie nieruchomą, i pozycja ta przypominała nieco cierpienie kręgów szyjnych. Doły nadobojczykowe wykazywały z obu stron nierówną głębię i w jednym z nich ucisk w okolicy punktu Erba wywoływał

ból. Wszystkie te objawy wskazywały z prawdopodobieństwem na żebro szyjne, pomimo braku zaników mięśniowych. Rentgenogram potwierdził to przypuszczenie.

W przypadku siódmym wystąpiły wyraźnie na plan pierwszy objawy naczyniowe w postaci sinicy jednej kończyny górnej. Sinica ta występowała napadowo, głównie od wysiłku (gry na fortepianie). Z biegiem czasu jedna kończyna górna (szczególniej dłoń) stała się bez przerwy siną i zimną, jakkolwiek objawy te od czasu do czasu się nasilały. Objawy naczyniowe w drugiej kończynie górnej były słabsze. W przypadku tym bóle w tej ręce były nieznaczne. Natomiast wyraźnie występowały objawy usposobienia histerycznego.

W przypadku ósmym bóle zjawily się przed rokiem z obu stron szyi. Następnie przez cały szereg miesięcy chora ich nie odczuwała. Ponowiły się jednak, zjawiając się codziennie. Chora należała do rodziny neuropatycznej i sama była zawsze nerwowa. Stwierdzono u niej wyraźny występ kostny w lewym dole nadobojczykowym. W ciągu następnych 2 lat chora miewała od czasu do czasu bóle nader mocne we wspomnianej wyżej okolicy, które słabły po zastosowaniu bardzo gorących okładów.

W przypadku dziewiątym objawy chorobowe, które spostrzegano u chorej, tłumaczono z początku jako histeryczne. W dalszym przebiegu cierpienia zwróciły jednak uwagę napady bólów w lewej kończynie górnej tak męczących, że chora czasem mdlała. Chora nie mogła używać lewej ręki do czynności codziennych. Podczas napadów bólu nabrzmiwały żyły na palcach lewej ręki.

W 2 pierwszych przypadkach oraz w dziewiątym uważaliśmy operację za niezbędną na skutek bólów, które męczyły chore. W przypadkach trzecim i czwartym uznaliśmy zabieg chirurgiczny za zupełnie zbyteczny (p. niżej przy „leczeniu“). W przypadku szóstym operację uważaliśmy za wskazaną, chora nie zgodziła się jednak na nią. W przypadku siódmym operacji dokonano zagranicą przed 4 laty i jakoby usunięto wtedy żebro dodatkowe. Rentgenogram, wykonany przez kol. Iudta, wykazał jednak,

że zamiast żebra szyjnego chirurg, jeden z bardziej znanych, usunął przez pomyłkę pierwsze żebro prawidłowe.

W przypadku pierwszym był popełniony podczas operacji ten błąd, że zbyt silnie i długo odciągano splot ramienny, i że prawdopodobnie odbiło się to najbardziej na n. piersiowym długim; powstało więc po operacji porażenie m. zębatego przedniego. Prócz tego stwierdzono osłabienie całej kończyny i m. unoszącego łopatkę i równoległobocznych. Niedowład wyrównał się w krótkim czasie, natomiast porażenie m. zębatego przedniego — dopiero w kilka miesięcy po operacji (codzienna farmacyzacja!)

W 1 przypadku chora wskazywała przez kilka tygodni po operacji na bóle w ramieniu i w łopatkce, zapewne również na skutek urazu splotu ramiennego. Następnie bóle te znikły, ponowiły się jednakże po kilku miesiącach. Nadmienić jednak należy, że chora miała wyraźne objawy histeryczne, i że często wskazywała na rozmaite bóle w rozmaitych okolicach prawej połowy ciała. I w rzeczy samej, drugi nawrót bólów jednemu z lekarzy udało się usunąć za pomocą hipnozy. Pragnęlibyśmy wskazać jednocześnie na ten fakt, że pomimo usunięcia żebra szyjnego, zanik w m. kłębu dużego nie ustąpił nawet w 8 miesięcy po operacji. W kłębie małym spłaszczenie było przed operacją nie wybitne.

W przypadku drugim bóle znikły szybko po operacji.

W przypadku dziewiątym bóle o charakterze wstępującym znikły wkrótce po operacji. — *Podkreślić należy wybitnie neuropatyczne usposobienie w 7 na 9 obserwowanych przez nas przypadków.*

Cały materiał kliniczny obcy uważaliśmy za stosowne ułożyć w tablice. Z tablic tych widać, że już na początku w. XIX zwrócono uwagę na to cierpienie. Główną uwagę na tę nieprawidłowość zwrócili z anatomów—Gruber, z lekarzy—Fischer. Dopiero od czasu ogłoszenia pracy tego ostatniego zaczęły zjawiać się coraz częściej rozprawy o żebrach szyjnych. Są to prawie wyłącznie prace kazuistyczne.

Najlepsze zestawienie całego dość obszernego piśmiennictwa znajdujemy w pracach Tichowa, Schönebecka, Keena i Sédillota. Według tego ostatniego zdołano do r. 1904 rozpoznać to cierpienie zaledwie w 34 przypadkach.

Nazwisko autora i rok ogłoszenia pracy	Wiek	Płeć	Strona	Przebieg cierpienia i objawy kliniczne	Spostrzeżenia podczas dokonywanej operacji	Wynik operacji
Hodgson (1815)	55	Mężczyzna	lewa	Od 3 lat drętwienie w ramieniu lewym. Narodziła twarde powyżej obojczyka. Ucisk na tętno podobny. Brak tętna w t. promieniowej aż do podobojczyka. Przechodzące uczucie zimna w lewej kończynie górnej.	—	—
A. Cooper (1818)	Wiek podszły	Kobieta	—	Wyrostek dolnego kręgu szyjnego w kierunku obojczyka. Brak tętna w okolicy stawu napieścikowego i łokciowego. Sinica rąk, drętwienie i miasa zgorzelińskie.	—	—
Adams (1839)	55	Mężczyzna	z obu stron	Tylko na stronie lewej stwierdzono tętniak tętn podobojczykowej, zachowane tętno w tętn. promieniowej. Tętniak nie uległ zmianie. Śmierć na skutek pneumonia typhosa.	—	—
Willshire (1860)	21	Kobieta	prawa	Tętniak t. podobojcz. w okolicy prawego dołu nadobojczykowego. Tętniak ten znajdował się pod żebrzem szyjnym, które zdołano przeszedzić aż do kręgosłupa. Bolesności nie stwierdzono.	—	—
Wolters	12	Kobieta	lewa	Na lewej stronie szyi stwierdzono żebro szyjne długości 10 ctm. Znajdowało się na 3 ctm. powyżej obojczyka. T. podobojczykowa przebiegała przed końcem zewnętrznym żebra.	—	—
Coote (1861)	26	Kobieta	lewa	Od 5 miesięcy bóle w okolicy spłotu ramiennego aż do pałców. Drętwienie i ziębienie w ramieniu i ręce. W lewym dole nadobojczykowym guz tętniący (tętn. podobojczykowa przesunięta przez narośl kostną do góry). Ciepłota lewej kończyny prawej obniżona, mięśnie splaszczone i zanikłe. Brak tętna w t. promieniowej, łokciowej, ramiennych.	Wiele nerwów spłotu ramiennego zostało ucisknięte przez żebro szyjne.	Bóle stopniowo znikły. Puls nie zjawił się ponownie.
Huntemüller (1867)	12	Kobieta	lewa	Twarde wywyższenie na lewej stronie szyi. Narośl nieruchoma nie powodowała żadnych bólów. Tętnienie tętnicy podobojczykowej.	—	—

Paget (1869)	młoda	Ko- bieta	prawa	P. stwierdził żebro szyjne na podstawie wyczuwanego poprzez skórę tętnienia.	—
Poland (1869)	44	Męż- czyn.	prawa	Przed 2 latai uraz prawego wskaziciela. Wkrótce zjawily się bóle w prawej kończynie górnej, zaczynając się od okolicy promieniowej przedramienia aż do łopatki, drętwienie i zniebienie palców. Tętniak t. podobojczykowej, osłonięty przez twardy guz. Po upływie miesiąca tętniak stał się twardszy (dzięki uciskowi). Bóle stopniowo znikły.	—
Poland (1869)	30	Ko- bieta	lewa	Przy wyciąganiu korka z butelki poczuła gwałtowne pociągnięcie w lewej połowie szyi. W okolicy tej stwierdzono guzowatość, która rosła i pulsowała (tętniak).	Tętniak podwiązano. Wyleczenie.
Baum (1871)	26	Męż- czyn.	lewa	Cierpienie trwało od kilku miesięcy w postaci bólów, osłabienie lewej kończyny górnej. Badaniem stwierdzono brak tętna w naczyniach lewego przedramienia i słabe tętno w t. ramiennej lewej. Tętniak t. podobojcz. lewej. W części środkowej tętniaka wyczuwa się w jego tylnej i dolnej części zgrubienie półkuliste, stanowiące zakończenie żebra szyjnego. W dalszym przebiegu znikło tętno w naczyniach aż do t. pod pachowej, bóle jednak i drętwienia zmniejszyły się. Chory mógł wziąć się do pracy. Tętniak zagoił się. Odległość końca żebra szyjnego od wyrostka kolczystego VII kręgu szyjnego wynosiła 15 ctm., od stawu mostkowoobojczykowego = 6,1 ctm., od obojczyka = 3 ctm. Od końca żebra szyjnego biegł dość twardy sznur do pierwszego żebra.	—
W. Mace (1872)	60	Męż- czyn.	prawa	Stwierdzono żebro szyjne długości 4 ctm.	—
Struthers (1874)	56	Ko- bieta	Z obu stron	W lewym dole nadobojczykowym stwierdzono twardą wyniosłość, która następnie łączyła się z pierwszym żebrem. Wyraźne tętnienie t. podobojcz. Z prawej strony — guz podobny, ale mniejszy. Bóle przewlekłe w okolicy prawego stawu ramiennego.	—

Nazwisko autora i rok ogłoszenia pracy	Wiek	Płeć	Strona	Przebieg cierpienia i objawy kliniczne	Spostrzeżenia podczas dokonywanej operacji	Wynik operacji
Struthers (1874)	25	Mężczyzn.	prawa	Wyraźne tętnienie t. podobojczykowej w prawym dole nadobojczykowym.	—	—
Kernig (1874)	14	Kobieta	Z obu stron	Narośl kostna w obu dołach nadobojczykowych.	—	—
Baum-Fischer (1880)	26	Mężczyzn.	lewa	Bóle w lewym ramieniu i osłabienie. Tętniak lewej t. podobojcz. Stwierdzono z lewej strony żebro szyjne, biegnące od 7-go kręgu szyjnego i związane z 1-em żebrem za pomocą pasemka. Brak tętna w naczyniach przedramienia (w t. ramiennej słabe tętnienie).	—	—
Planet (1890)	30	Mężczyzn.	Z obu stron	Od 12 lat — twarda narośl na prawej stronie szyi. Od tego czasu — bóle w tej okolicy. Przyłączyły się: drętwienie, ziębienie, osłabienie lewej kończyny górnej i chrypka. Znaleziono twarde guz w prawym dole nadobojczykowym, nie bolesny od uciskania. Tętnienie t. podobojczykowej, przebiegającej ponad guzem. W lewym dole nadobojczykowym stwierdzono narośl taką samą, lecz mniejszą. Widoczny zanik mięśni prawej kończyny górnej.	Żebro szyjne biegło od VII kręgu szyjnego i było przymocowane do I żebra.	Bóle znikły natychmiast po dokonanej operacji. Drętwienie zmniejszyło się. Kończyna górna stawiała się coraz silniejszą.
Aron (1892)	13	Kobieta	—	Żebra szyjne wykryto w tych 3 przypadkach przypadkowo. Osobniki obarczone tą nieprawidłowością nie wyrażały żadnych skarg.	—	—
(3 przypadki)	36	"				
	71	"				
Fischer (1872)	21	Kobieta	lewa	Od 7 tygodni bóle w karku, w lewym ramieniu i zбочzenie uczucia w palcach. Jednocześnie stwierdzono twardą narośl z lewej strony szyi. Od kilku lat — nietrzymanie moczu. Narośl kostna w lewym dole nadobojczykowym, dająca się prześledzić aż do kręgow. Odcinek dolny tej narośli znajdował się od obojczyka w odległości	Odcinek górnej narośli był zrośnięty z wzrostkiem po-przecznym VII kręgu szyjnego. Odcinek dol-	8 dni po operacji znikły bóle przy wyprostowaniu szyi i zбочzenie uczucia. Pozostały jednak bóle w ramieniu i uczucie drętwienia w II i III

Wallace (1892)	21	Ko- bieta	lewa	Stwierdzono wyraźne żebro szyjne, które było połączone z VII-ym kręgiem szyjnym i z I-em żebrem piersiowym.	—	ny—z I-em że- brzem. Długość chora skarżyła się na ból w łopacie. W trzecim tygodniu siła ręki wzmożła się i znikły parastezye w palcach. Po upły- wie 4 tygodni (od dnia operacji) — wyzdro- wienie.
Wallace (1892)	60	Męż- czyn.	prawa	—	—	—
Boyd (1893)	młoda	Ko- bieta	lewa	Przed 2 miesiącami — ból umiarkowany na lewej stronie szyi; stwierdzono tutaj jednocześnie tętniące i czułe na ucisk uwypuklenie. Kostny sznur przeciągał poziomo od kręgosłupa. Na sznurze tym spoczywała t. podobojczykowa.	—	—
Tilmmann (1894)	44	Ko- bieta	lewa	Bóle w lewej połowie szyi, w której stwierdzono twardą guzowatość. Po 7 latach — zanik m. kłębku małego lewego z odczynem zwyrodnienia; zjawily się zбочzenia czucia i ból w lewej kończynie górnej. Przejściowe zaburzenia w południe nadobojczykowym na 3 ctm. powyżej obojczyka i na 1½ ctm. z tyłu od brzoгу zewnętrzne-go m. sternocleidomastoidei. Tętnienie w t. promieniowej z obu stron jednakowe, osłabienie l. kończyny górnej. Objawy historyczne.	—	Po operacji bóle znikły. Zanik mięśni stwierdzono i nadal— w 4 miesiące po ope- racyi.
Kröncke (1894)	—	—	—	K. cytuję przypadek żebra szyjnego, odchodzącego od VII kręgu szyjnego. Żebro to powodowało objawy ze strony spłotu ramiennego i zostało wycięte przez Esmarcha.	—	—

Nazwisko autora i rok ogłoszenia pracy	Wiek	Płeć	Strona	Przebieg cierpienia i objawy kliniczne	Spostrzeżenia podczas dokonywanej operacji	Wynik operacji
Müller (1894)	40	Mężczyzn.	prawa	<p>Ostabienie i zmniejszenie czucia w prawej ręce, zanik kłębu dużego i małego, m. m. międzykostnych, glistowatych, zginacza palców wsp., zginacza palucha lew., przy- i odwodzącego paluch lewy. Reszta mięśni po części w stanie zaniku. W m. wskazicielu — odczyn zwyrodnienia. Znieczulenie palców aż do potowy przedramienia. Skóra w odcinkach dalszych sina i zimna. Na stronie prawej — opadnięcie powieki, zwężenie źrenicy i zapadnięcie gałki. Czucie ostabione na wysokości VIII do XII kręgu grzbietowego pomiędzy kręgoślupem i tylną prawą lin. podpachową. Narosł w dole nadobojczykowym.</p>	—	—
Bernhardt (1895) (z przypadku)	30	Kobieta	Z obu stron	<p>Przed 4 lata — uczucie zasypiania prawej ręki (w mniejszym stopniu lewej). Ostabienie kończyn i trudność wykonywania subtelnej pracy ręcznej podczas ostatnich 2 lat. Ruchy prawej ręki i palców powolniejsze i mniej zręczne niż lewej ręki. Prawa ręka nieco zimniejsza. Zaniku nie ma. Ilościowo ostabienie oddziaływania na prąd elektryczny w n. pośrodkowym, łokciowym, powyżej stawu napiętkowego i w mięśniach rąk (na stronie prawej). Odczynu zwyrodnienia nie było. Uczucie dotyku i bólu zachowane w prawej ręce, natomiast upośledzone odczuwanie położenia palców i stereognostyczne. Szycie, cerowanie niemożliwe. Ruchy palców niezborne, ataktyczne. Z obu stron szyi stwierdzono nazęwnątr od m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego twardy twór szerokości $1\frac{1}{2}$ — 2 cm. i dający się przesłedzić zarówno ku górze jak i ku dołowi (do połowy obojczyka). Tętnienia w dołach nadobojczykowych nie stwierdzono. Puls prawidłowy. Poza tem zmian nie było ani organicznych, ani też histerycznych.</p>	—	—

Bernhardt (1895)	31	Ko- bieta	prawa	<p>W przypadku drugim stwierdzono w prawym dole nadobojczykowym twardy jak kość sznur, długości kilku ctm. Bolesności na ucisk nie stwierdzono. Bólów nie było. Ruchy kończyną górną zachowane. Tętno nie osłabione.</p>	<p>Bóle znikły następnego dnia po operacji. Chora mogła wyprostować łokieć do granicy prawidłowej. Po upływie kilku dni — mogła pracować. Po upływie ½ roku chora czuła się zupełnie dobrze — z początku odczuwała wprawdzie drętwienie i ziębienie w lewym palcu wskazującym — parastezje te jednak następnie znikły. Siła ręki dobra. Brak tętna od t. promieniowej aż do podobojczy.</p>
Ehrich (1895)	17	Ko- bieta	lewa	<p>W przeciagu ostatniego roku stwierdzono osłabione tętno w lewej t. promieniowej. Przed 12 tygodniami — uraz lewej ręki i w trzy dni po urazie — bóle dotkliwie w lewym stawie nadobojczykowym aż do łokcia. Palce i ręka stały się bladymi, kończyna słabła i chudła. Od 4 tygodni — znikło tętno w prawej t. promieniowej. Czasowe wahanie, następnie powrót tych samych objawów. Wywyższenie w lewym dole nadobojczykowym. Tętnienia nie stwierdzono. Lewa kończyna górna wychudzona (na ramieniu = 2 ctm.). Wyprostowanie lewego łokcia tylko do 150°. (Bóle!) Brak tętna od t. promieniowej aż do podobojczyk. Nawet od pracy nieznacznej lewa ręka staje się bladą i bladeść ta trwa 2—3 minut. Ręka zimna i spoczona.</p>	<p>Zebro szyjne przebiegało w postaci sznura kostnego, połączonego z kręczonym z kręgiem za pomocą stawu i zrośniętego z I-ym żebrzo — wało ono w przebiegu swym zagięcie pod kątem prostym. Odcinek kręgowy = 1,4 ctm., odcinek żebrzowy = 1,6 ctm.</p>
Ehrich (1895)	24	Męż- czyzn.	lewa	<p>Po marszu forsownym — ściskanie w okolicy serca, bóle, drętwienie w kończynie lewej. Status: Wywyższenie w lewej jamie nadobojczykowej. Bóle przy silniejszym ucisku. Podczas wysłuchiwania tej okolicy stwierdzić można w czasie każdego skurczu przeciągłe syczenie, które przytłumia I ton. Tętno na stronie lewej słabsze. Bóle i zбочzenia zucia w kończynie górnej, najsilniejsze w pozycji leżącej. Tętno w t. promieniowej zjawiało się (jakkolwiek osłabione) podczas stania i zniknęło podczas leżenia.</p>	<p>Bóle i zбочzenia zucia znikły wkrótce po operacji. Tętno było zaraz dnia następnego prawidłowe. 15 dnia po dokonanej operacji stwierdzono tętniak t. podobojczykowej lew. (opatrunek z uciskiem). Po upływie 3 lat stwierdzono narosł tętniacz w tej okolicy. Pożatem — stan prawidłowy. razem ginęło tętno.</p>

Nazwisko autora i rok ogłoszenia pracy	Wiek	Płeć	Strona	Przebieg cierpienia i objawy kliniczne	Spostrzeżenia podczas dokonywanej operacji	Wynik operacji
Faure (1895)	19	Mężczyzn.	Z obu stron	Żebro szyjne obustronne (po stronie lewej bardziej rozwinięte). Osłabienie tętna. Innych objawów nie stwierdzono.	—	—
Quervain (1895)	19	Mężczyzn.	Z obu stron	Lewe żebro szyjne wybitniejsze, niż prawe. Osłabienie tętnienia lewej t. promieniowej. Słychać furczenie w lewej t. podobojczyk. Osłabienie lewej kończyny.	—	—
Quervain (1895)	20	Mężczyzn.	lewa	Zauważył przed rukiem, że rzemień tornistra żołnierskiego sprawia mu ból w lewym ramieniu. Następnie zjawily się bóle samoistne w lewym dole nadobojczykowym. Twarda narośl kostna w lewym dole nadobojczykowym, biegnąca od VII-go kręgu szyjnego do I żebra. T. nadobojczykowa znajdowała się pomiędzy tym sznurem kostnym i obojczykiem. Przy lekkim uciskaniu tej tętnicy odczuwa się jakby drganie. Ruchy w lewej kończynie górnej utrudnione i ograniczone. Zaników niema. Czućie prawidłowe. Nieznaczna sinica lewej ręki i przedramienia. W dalszym przebiegu — łatwe męczenie się lewej kończyny, szczególniej zaś ręki, bóle w ramieniu, w karku i w całej kończynie. Żyły w lewej dłoni (powierzchni grzbietowej) rozszerzone. Tętno na stronie lewej słabsze (w art. radialis). Ani zaników, ani też zmian czucia nie stwierdzono.	Żebro szyjne łączyło się z wyrostkiem, idącym od I żebra. Wyrostek ten był 1½ ctm. długości. Długość wyrostkowego wyrostka 3 ctm. Odcięcie zewnętrzny tego żebra wykazywał powłokę chrząstkową, która tworzyła z wyrostkiem I żebra staw.	Natychmiast po dokonanej operacji znikła sinica ręki i tętno stało się jednakowe z obu stron. W pierwszych dniach po operacji - uczucie zaspiania ręki. Po upływie 2½ tygodni - ruchy prawidłowe, sinica znikła, tętno prawidłowe.
Schäfer (1895)	31	Kobieta	prawa	Żebro szyjne można było przesledzić aż do kręgosłupa. Objawów chorobowych nie stwierdzono.	—	—
Schnitzler (1895)	17	Kobieta	lewa	Żebro dodatkowe zostało wykryte przypadkowo (nie wywoływało ono żadnych objawów).	—	—

Tilman (1895)	44	Ko- bieta	lewa	Przed 7 laty—ból w lewej połowie szyi. Stwierdzono również w tej okolicy twardą narośl kostną, która przeszkadzała chorej w ruchach głowy. Przed rokiem — zanik I-go palca lewej ręki i zmniejszona możność używania lewej kończyny górnej, włączając w to rękę. Mrowienie w tej kończynie i od czasu do czasu ból promieniujący od szyi do palców. Od czasu do czasu zaburzenia w polykaniu i chrypka. Oprócz tego ból w całej lewej połowie ciała, w udzie i w kolanie, ucisk głowy, globus hystericus, krótki oddech, bicie serca. Narośl kostna $1\frac{1}{2}$ ctm. poza m. m. s. obojczykowym i 3 ctm. powyżej części środkowej obojczyka. Prześledzić ją można do VII-go kręgu szyjnego, ku przodowi znika pod obojczykiem. Ból promieniujący do dłoni przy uciskaniu tej narosli. Powyżej obojczyka tętnienie miarowe uwytklonej t. podobojczykowej. Tętno z obu stron wiotkie. Zanik kłębu dużego (abductor et opponens). Kłęb mały wydaje się również wychudłym. Ruchy w całej kończynie powolne i niezgrabne. Oddziaływanie na prąd elektryczny nerwów i części kłębu dużego i małego — powolne. Czucie prawidłowe.	W 8 dni po dokonanej operacji znikły bóle w karku podczas wyprostowywania szyi i znikło również mrowienie. Natomiast chora skarżyła się jeszcze na ból w ramieniu i na drętwienie w końcach II i III palców. Podczas następnych dwóch tygodni nieznaczne bóle w łopateczce. W 3-m tygodniu ucisk dłoni silniejszy (elektryzacja) i znikło drętwienie w palcach. Po upływie 4-ch tygodni (po operacji) — wyzdrowienie.
Barker (1896)	28	Męż- czyzn.	lewa	Od 9 — 10 lat ból promieniujący wzdłuż powierzchni wewnętrznej lewej kończyny górnej. Bóle te zmniejszały się przy wysokim położeniu tej kończyny lub też gdy chory leżał. W tej samej okolicy — drętwienie i mrowienie. Ani osłabienia, ani też zaników nie stwierdzono. W okolicy n. n. skórných ramienia i przedramienia środkowych lewych — brak czucia ciepłikowego, dotykowego i uciskowego i osłabione czucie bólów.	Żebro szyjne bieгло od VII kręgu szyjnego na zewnątrz, wykazywało w odległości 2 cm. od tego kręgu zgrubienie, tworzyło następnie łuk wypukły na zewnątrz i ku przodowi, krzyżowało obojczyk i skierowało się do jamy piersiowej.
Hirsch (1896)	21	Męż- czyzn.	prawa	Od kilku tygodni nerwoból w prawej ręce. Narośl kostna w okolicy prawego dołu nadobojczykowego (długość 3—4,5 ctm.).	—
Kocher (1896)	—	—	—	Objawy paretyczne. Wycięcie.	—

Nazwisko autora i rok ogłoszenia pracy	Wiek	Płeć	Strona	Przebieg cierpienia i objawy kliniczne	Sposprzeżenia podczas dokonywanej operacji	Wynik operacji
Kottmann (1896)	—	—	—	—	—	Wycięcie żebra szyjnego. Wyzdrowienie.
Kader	—	—	—	—	—	—
Scheller (1896)	—	Mężczyzn.	lewa	Stwierdzono u chorego żołnierza uwypuklenie lewego dołu nadobojczykowego (narośl kostna). Narośl ta biegła w kierunku od VII-go kręgu szyjnego do obojczyka i ginęła pod nim.	—	—
Stifler (1896)	23	Kobieta	Z obu stron	Od 3 lat — narośl tętniąca w okolicy lewego dołu nadobojczykowego i bóle promieniujące. Stwierdzono narośl kostną, połączoną z I-ym żebrzem na odległości 1,5 ctm. od stawu mostkowo-obojczykowego. Na stronie prawej stwierdzono również żebro szyjne, aczkolwiek mniej rozwinięte. Żebra te odchodziły od VI kręgu szyjnego.	—	—
Servas (1896?)	—	—	—	S. opisuje przypadek Pollosona, w którym dokonano wycięcia żebra szyjnego na skutek bólów.	—	—
Warren Collins (1896)	—	—	—	Przypadek wycięcia żebra szyjnego.	—	—
Alderson (1897)	21	Kobieta	Z obu stron	Twarde nieruchome uwypuklenie na stronie prawej szyi powyżej obojczyka. Bóle niezbyt dokuczliwe. Tętno w t. promieniowej prawidłowe. Fotografia Roentgena wykazała żebro szyjne z obu stron na stronie lewej słabo rozwinięte, na stronie prawej — dobrze rozwinięte i prawidłopodobnie połączone z drugim żebrzem.	—	—
Bonnaue (1897/1898)	—	—	—	W 2 przypadkach — zdjęcia Roentgena. Operacji nie dokonano.	—	—

Floyd (1898)	II	Ko- bieta	—	Bóle zjawiały się podczas zapinania kofnierza. Fotografia Roentgena stwierdziła żebro szyjne.	—	—
Gronauer (1898)	—	—	Z obu stron	—	—	—
Nasse (1898)	37	Ko- bieta	prawa	Pzed dwoma laty narosł w prawym dole nad- obojczykowym i jednocześnie bóle w kończynie górnej, głównie zaś wzduż n. łokciowego. Zdjęcie Roentgena wykazało żebro szyjne.	—	Wyzdrowienie po do- konanem wycięciu zębra.
Kiderlen (1899)	24	Ko- bieta	Z obu stron	Przed 10 laty mrowienie w lewej ręce w chwili podnoszenia ciężarów. Stopniowy zanik całej kończyny górnej i osłabienie, które po pewnym czasie było tak wielkie, że chora przestała uży- wać tej kończyny do pracy. Doły nadobojczy- kowe mniej głębokie, niż to ma zwykle miejsce. Tętnienie. Zdjęcie Roentgena wykazało obu- stronne żebro szyjne, prawe bardziej rozwinięte od lewego.	—	—
Rafin (1900)	16	Ko- bieta	prawa	Nerwobóle w prawej ręce. Żebro szyjne odcho- dziło od VII kręgu szyjnego i łączyło się z guz- kiem Lisfranca.	—	—
Borchardt (1901)	22	Ko- bieta	Z obu stron	Od kilku lat — bóle w lewej ręce. Narośl kostna w lewym dole nadobojczykowym, w którym wymacuje się bardzo bolesna tasma (plex. brach.). Na stronie prawej — to samo, lecz w stopniu znacznie słabszym.	Podczas ope- racji przesunię- cia z trudnością spłot ramienny z żebra szyjne- go ku górze.	Po operacji nastąpiło porażenie zupełne le- wej kończyny górnej. Porażenie to ustąpiło po pewnym czasie.
Brewer (1901)	do- rosły	Męż- czyzn.	lewa	Narośl kostna w lewym dole nadobojczykowym.	—	Objawy nietylko się nie zmniejszyły po operacji, lecz się na- wet wzmogły, przy- puszczalnie na skutek powstania tkanki łącz- nej na miejscu wy- ciętego zębra. Z bie- giem czasu stan po- lepszył się.

Nazwisko autora i rok ogłoszenia pracy	Wiek	Płeć	Strona	Przebieg cierpienia i objawy kliniczne	Spostrzeżenia podczas dokonywanej operacji	Wynik operacji
Gordon (1901)	32	Mężczyzn.	z obu stron	Początkowo bladeść i drętwienie w palcach prawej ręki—w małym palcu, następnie zaś—w innych palcach. Bólów nie było. W dalszym przebiegu — osłabienie prawej ręki, która jednocześnie obrzękła, stała się zimną i obolałą. Tętno znikło aż do granicy pomiędzy dolną i środkową 1/3 tętnicy ramiennej. Zgorzeł II palca, następnie — III i IV (prawej ręki). Żebro usunięto.	—	Po operacji powstało porażenie całej prawej kończyny górnej. Zgorzeł ograniczyła się do końcowego członka II palca. Porażenie stopniowo znikło.
Israel (1901) (2 przypadki)	—	Kobiety	—	U 2 siostr stwierdzono żebra szyjne. U jednej z nich wystąpiły bóle dokuczliwe. Dokonano operacji.	—	Wyzdrowienie.
Kammerer (1901)	35	Kobieta	lewa	W dziesiątym roku życia zauważono żebro szyjne w postaci narośli kostnej. Nad narosłą tętnienie t. podobojczykowej. Zanik lewej kończyny górnej. T. t. promieniowa, łokciowa, ramienna tętniły słabiej na stronie lewej. Dokonano wycięcia.	—	—
Spizarnyj (1901) (2 przypadki)	15	Kobieta	lewa	Żebro szyjne w lewym dole nadobojczykowym (zdjęcia Roentgena). W wywiadach ból duży w szyi, który zjawiał się wskutek niezręcznego poruszenia głową i wkrótce znikł.	—	—
	17	"	"	Żebro szyjne, stwierdzone za pomocą fotografii Roentgena.	—	—
Barącz (1902)	—	Kobieta	z obu stron	U chorej stwierdzono przypadkowo obustronne żebra szyjne (obustronnie po z żebra). Rentgen. Objawów nie było żadnych. Objawy uciskowe występowały przy ucisku na żebra prawostronne, a tętno bardzo słabe po tej stronie zniknęło przy tym ucisku.	—	—

Gavin (1902)	18	Ko- bieta	z obu stron	Bóle nieznaczne w okolicy karku. Fotografia Roentgena wykazała żebro szyjne zarówno na stronie prawej, jak i lewej. Żebro prawe było krótsze i kończyło się ponad częścią środkową obojczyka. Żebro lewe kończyło się bliżej wewnętrznej części obojczyka, zaczynało się ono również na wysokości VII-go kręgu szyjnego, widać było jednak niewyraźną masę kostną, która łączyła się z wyrostkiem VI-go i V-go kręgu szyjnego.	—	—	
Pankoast (1902)	15	Ko- bieta	lewa	Od ½ roku — bóle ponad częścią środkową lewego obojczyka i w lewym ramieniu. Nowotwór tętniący ponad obojczykiem, a poniżej tej tętniącej masy — występ kostny (żebro szyjne — na fotografii).	—	—	
Riddell (1902)	19	Ko- bieta	prawa	Przed 2 lata bóle w ramieniu prawem i w karku od strony prawej. Od 6 miesięcy bóle te stały się jeszcze bardziej dokuczliwymi. Wyrostek kostny przed częścią środkową obojczyka, nie bolesny od uciskania. Zdjęcie Roentgena wykazało typowe żebro szyjne.	—	Na drugi dzień po operacyi chora nie skarżyła się na bóle. Wyzdrowienie.	
Unger (1902)	32	Ko- bieta	z obu stron	Interesującym jest fakt, że u 13 letniego syna chorej stwierdzono duże wyrostki VII-go kręgu szyjnego.	—	—	
Dejerine i Ar- mand (1903)	33	Ko- bieta	z obu stron	Bóle w lewym ramieniu, osłabienie i znieczulenie w okolicy V i VI korzonków szyjnych. Na stronie prawej — czucie osłabione w tej samej okolicy.	—	—	
Garré (1903)	16	Ko- bieta	—	} Kombinacja żebra szyjnego z bocznem skrzywieniem kręgosłupa.	—	—	
(4 przypadki)	17	"	—		—	—	—
	10	"	—		—	—	—
	28	Męż- czyzna	—		—	—	

Nazwisko autora i rok ogłoszenia pracy	Wiek	Płeć	Strona	Przebieg cierpienia i objawy kliniczne	Spostrzeżenia podczas dokonywanej operacji	Wynik operacji
Helbing (1903) (13 przypadków)	—	—	—	W 13 przypadkach obustronnego żebra szyjnego stwierdzono boczne skrzywienie kręgosłupa. U osobników odnośnych stwierdzono tylko zaczątki tych żeber szyjnych, które kończyły się tuż niedaleko wyrostków VII-go kręgu szyjnego. Pod względem klinicznym skolioza żebra szyjnego odznacza się wysokim położeniem, sztywnością i ustawieniem głowy charakterystycznym dla szyi krzywej (torticollis). Skrzywienie to kręgosłupa powstaje odruchowo (nie mechanicznie).	—	—
Hippins (1903)	6	Kobieta	Z obu stron	Żebro szyjne obustronne wykryto przypadkowo, objawów nie było.	—	—
Ranzi (1903)	17	Mężczyzna	—	W obydwu przypadkach — bóle i zboczenia czucia, ziębienie, osłabienie i zaniki. W jednym przypadku — nieznaczne skrzywienie szyjnej części kręgosłupa.	—	Po operacji bóle naczyniast znikły. Pod względem ruchów nastąpiło w I przypadku pewne polepszenie po upływie 2½ miesięcy. W przypadku III-im czynność ruchowa była po upływie 3½ lat zupełnie dobra.
(2 przypadki)	33	Kobieta	—			
Weissenstein (1903)	23	Kobieta	lewa	Od 11-go roku życia chora skarżyła się na drętwienie, ziębienie i niemożność wykonywania drobnych robót. Nawet przy nieznacznych ruchach kończyny i głowy znikało tętno. Wybitny zanik mięśni, osłabienie siły mięśniowej i zmiany czucia w lewej kończynie górnej.	—	Objawy znikły po operacji.

Beck (1904)	młoda	Ko- bieta	—	—	Początkowo wycięto tylko część żebra szyjnego sposobem podokostnym. Objawy chorobowe wróciły. Dokonano operacji powtórnie i wycięto całe żebro szyjne. Po upływie 2 miesięcy bóle zjawiały się od czasu do czasu, lecz znikły, gdy zastosowano prąd stały.
Bernhardt (1904)	41	Męż- czyzn.	Z obu stron	Bóle w prawem ramieniu. Dół podłopatkowy prawy wyraźnie wgłębiony (również i dół nadłopatkowy). Zanik m. podgrzebieniowego prawego (brak odczynu elektrycznego) i m. nadgrzebieniowego, a więc porażenie pojedyncze n. nadłopatkowego prawego. Obustronne żebro stwierdzono za pomocą macania oraz zdjęć rentgenowskich. Brak tętnienia lub zniekształcenia dołu nadobojczykowego.	
Thorburn (1905)	—	—	—	Th. zwraca uwagę na to, że w żebrach szyjnych występuje przeważnie zanik mięśni ręki i zmiany czucia na wewnętrznej powierzchni przedramienia. Najczęściej daje się zauważyć osłabienie promieniowej okolicy ręki wraz z objawami kurczu mięśni, leżących jednak na stronie łokciowej. Zdarzyć się mogą również porażenia długich zginaczy ręki.	
Hauswirth (1905)	17	Ko- bieta	lewa	Od 10 dni bóle powyżej lewego obojczyka, promieniujące do łopatki. Lewa kończyna górna zimniejsza od prawej. 1½ cala ponad obojczykiem — narośl bolesna. Fotografia Roentgena wykazała żebro szyjne. W przeciagu 4 dni — sztywność kończyny, lekkie zgięcie palców, bóle od najstarszych ruchów, opuchnięcie, sinica i ziębienie ręki i przedramienia. Czucie osłabione.	
—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	Objawy znikły zupełnie po dokonanej operacji.
—	—	—	—	—	Żebro szyjne było 1¼ cala dł. i ¼ cala szer. Biegło od VII kręgu szyjnego i łączyło się z I żebrem za pomocą taśmy łączotkankowej. Tasma ta uciskała splot ramienny.

Nazwisko autora i rok ogłoszenia pracy	Wiek	Płeć	Strona	Przebieg cierpienia i objawy kliniczne	Spostrzeżenia podczas dokonywanej operacji	Wynik operacji
Meyerowicz (1905) (5 przypadków)	—	—	—	M. stwierdził w 5 przypadkach, w których fotografia Roentgena wykazała obecność żeber szyjnych, skrzywienie kregostupa (p. Garré).	—	—
Murphy (1905)	—	—	—	W przypadku tym tętnienie dołu nadobojczykowego imitowało tętniak t. podobojczykowej. Drgnięcie i mrowienie palców. Operacja.	—	Wyzdrowienie.
Schönebeck (1905) (2 przypadki)	18	Kobieta	z obu stron	Przed 5 laty zauważono nierówność twarzy. Lewy policzek był grubszy, lewe oko mniejsze. Drgania migające powiek. Od 3 lat sztywność prawej nogi, którą chora powłoczyła. Wkrótce zjawilo się mrowienie w dużym palcu prawej ręki; drętwienie i sztywność prawej kończyny górnej i niezręczne ruchy ręką. Objawy podobne w kończynach lewych. Od roku — zawroty, dwojenie się. Objawy sclerosis multiplicis. Narosł kostna w lewym dole nadobojczykowym.	—	—
"	43	Mężczyzna	z obu stron	Przed 3 lata osłabienie piątego palca prawej ręki, następnie zaś osłabienie innych palców tej ręki i wychudnięcie kończyny. W styczniu 1905 r. bóle w karku. Chory trzyma głowę przegiętą ku tyłowi i w tej pozycji nie odczuwa bólów. Lewa żrenica i szpara oczna szersza, aniżeli prawadzenie w stronę łokcia nie są możliwe. Zanik m. extensor. carpi radialis. Odczyn zwyrodnienia w zanikłych mięśniach. Czucie i krażenie krwi prawidłowe. W dalszym przebiegu osłabienie ruchiów lewej kończyny górnej (porażenie m. ser-rati). Bóle w ramieniu i przedramieniu.	—	—
Tichow (1905)	19	Kobieta	prawa	Przed 10—11 laty rozpoznano prawe żebro szyjne. Objawy kliniczne rozpoczęły się przed 1—2 laty. Z prawej strony szyi widać płaski występ kostny i — 1 1/2 palca przed obojczykiem, który	—	—

				można z łatwością przedrzeć aż do kręgostrupa. Ucisk na ten występ wywołuje ból. Sam występ prawie nieruchomy. T. podobojczykowa leży ku przodowi od tego żebra szyjnego i wskazuje wyraźne tętnienie. T. w tt. promieniowych jednakowe z obu stron. Zmian odżywczych nie stwierdzono. Fotografia Roentgena wykazała wyraźne żebro szyjne na stronie prawej. Bóle neuralgiczne w prawej kończynie górnej.		
Conner (1906)	55	Męż- czynn.	z obu stron	Po stronie prawej wypuklenie w dole nadobojczykowym i tętnienie.	—	—
"	17	Ko- bieta	"	Od paru miesięcy bóle stałe w okolicy lewej łopatki.	—	—
"	30	"	"	Żadnych objawów nie było.	—	—
Murphy (1906)	38	Męż- czynn.	lewa	Przed 1 ^{1/2} rokiem zjawily się zbroczenia w lewym wskazicielu. Uczucie drętwienia wzmagalo się, o ile chory trzymał rękę w zimnej wodzie. Następnie to samo zjawisko stwierdzono w małym palcu lewej ręki, następnie zaś po pewnej przerwie — we wszystkich palcach tej ręki. Z obu stron b. mocne bóle. Lewa ręka zimna, słaba. Stwierdzono żebro szyjne lewostronne, rozszerzenie i tętnienie t. podobojczykowej.	Żebro usunięto po kawałku wraz z okostną.	Pacyent po operacyi wyzdrowiał.
"	26	Ko- bieta	z obu stron	Chora zauważyła, że, jeżeli ktokolwiek położył dłoń na jej prawem ramieniu, zjawiał się ból promieniujący wzdłuż kończyny górnej do palców. Również od ucisku w okolicy dołu nadobojczykowego, w którym wyczuwano twardą masę kostną tuż od tyłu m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego. Przerost prawej połowy tarczycy.	Usunięto tylko prawe żebro szyjne.	Chora wyzdrowiała.
Marburg (1906)	18	Ko- bieta	lewa	U chorej powstały objawy porażenia lewego splotu ramiennego. Pomimo operacyi, sprawa posuwała się dalej i rozwinęła się choroba rdzeniowa (sy-ringomyelia).	—	—
"	?	?	?	W innych przypadkach tegoż autora stwierdzono połączenie żebra szyjnego z histeryą.	—	—

Nazwisko autora i rok ogłoszenia pracy	Wiek	Płeć	Strona	Przebieg cierpienia i objawy kliniczne	Sposzczerzenia podczas dokonywanej operacji	Wynik operacji
Bernhardt (1906)	27	Kobieta	Z obu stron	W przypadku tym stwierdzono typowy obraz chorobowy Basedowa i jednocześnie obustronne żebra szyjne.	—	—
Spilleri Gittings (1906)	19	Mężczyzna	Z obu stron	Trudność w polykaniu, anartria typu opuszkowego, zanik języka, porażenie podniebienia, zanik mięśni dolnej połowy twarzy, zanik mięśni karku, tułowia oraz kończyn. Czuć prawidłowe. Wraz z tymi objawami porażenia szyjowo-opuszkowego (paralysis cervico-bulbaire) stwierdzono obustronne żebra szyjne.	—	—
Keen (1907)	63	Kobieta	Z obu stron	W 17 roku życia zauważono wyniosłość ponad lewym obojczykiem, która jednak nie przeszkadzała chorej. Dopiero przed 8 miesiącami — bóle w I—II palcach l. ręki, palce te — zimne i białe. Następnie — bóle w innych palcach tej ręki, oraz bóle wzdłuż przedramienia i ramienia. Przerwa w bólach kilkumiesięczna. Zgorzel pod paznogi. Brak tętnienia w t. pachowej, ramiennej, promieniowej, łokciowej lewej. Obustronne żebra szyjne.	—	Natychmiast po operacji zanik bóle. Tętno nie powróciło w lewych tętnicach, jednakowoż barwa ręki stała się czerwienią. Miejsca zgorzelinowe zagoiły się. Po 2 miesiącach — bóle nie powróciły. Słabe tętnienie (?) w t. pachowej i łokciowej.
Patrick-Morgan (cyt. przez Keena)	20	Kobieta	lewa	Przed 18 miesiącami chora zauważyła pewną niezręczność lewej ręki i ramienia. Przed paru dniami — ból w lewej ręce oraz zwyrodnienie czucia w lewej kończynie górnej. Anestezja dotykowa wraz z lekką hiperalgezyą na łokciowej powierzchni l. przedramienia, termoanestezja w tejże okolicy, zachodząca nieco na ramię. Zanik drobnych mięśni l. dłoni, lekki zanik l. przedramienia i ramienia. Lewa szpara oczna nieco zwężona. Odczyn zwyrodnienia w drobnych mięśniach l. dłoni.	—	Operację chora zniósła dobrze (brak dalszych danych).

Patrick-Plummer (cyt. przez Keena)	24	Kobieta	Z obu stron	Objawy tylko prawostronne. Przed 8 laty zjawiały się bóle pod prawą pachą i stopniowo opuszczały się niżej. Ból wzmagał się od wysiłku lub wzruszenia. Od 4 lat — niezręczność palców. Przed 3 laty — wyraźne osłabienie dużego palca; pióro musiała trzymać między II a III palcem. Następnie osłabienie nie tylko prawej dłoni, lecz całej kończyny. Bóle promieniujące od pachy do łokcia, przedramienia oraz łopatk, brak bólu w palcach. Rozpoznano błędnie kurcz pisarski!	—	Po operacyi chora odczuwała silne bóle ponad prawym obojczykiem w ciągu 6 tygodni. Słabe, powolne polepszenie.
Laplace (cyt. przez Keena)	18	Mężczyzn.	Z obu stron	Po silnym urazie stwierdzono wybitny zanik w prawem ramieniu (m. m. deltoideus, biceps, triceps). Wywyższenie z prawej strony w okolicy żebra szyjnego.	—	Prawe bardziej rozwinięte żebro szyjne usunięto.
Sargent-Buzzard (cyt. przez Keena)	49	Kobieta	Z obu stron	Przed 10 laty — głuchy ból w prawym dużym palcu, zwiększający się ku wieczorowi i przy wysiłku. Przed rukiem — zanik m. kłębu duż. pr. oraz ból w okolicy wewnętrznej prawego przedramienia i m. czworobocznego. Drgawienie i zmniejszenie czucia dotykowego i bólowego w I, II i III palcach prawej ręki.	—	Po operacyi — osłabienie całej prawej kończyny, szczególnie m. m. czworobocznego, dwugłowy, trzygłowy, grzebieniowy.
Spellissy (cyt. przez Keena)	20	Mężczyzn.	prawa	Bóle w prawem ramieniu po upadku przed 2 laty. Stwierdzono zwichnięcie prawego obojczyka oraz olbrzymie żebro szyjne.	—	Wyzdrowienie.
Patterson (cyt. przez Keena)	35	Kobieta	prawa	Wygórowanie z prawej strony karku oraz bóle w okolicy splotu ramiennego.	—	Na skutek zbyt forsownego odciągania splotu nastąpiło po operacyi porażenie urazowe splotu ramiennego.
Sédillot (1908)	—	Kobieta	Z obu stron	W 8 roku życia zauważono twarde wygórowanie po środku szyi, z tyłu, z prawej strony. Od ucisku — ból, który promieniował do prawej kończyny górnej. Z lewej strony — mniejsza wyniosłość. Chora nie znosi żadnego ucisku, nie może nosić ani kołnierzy, ani ubrania cięższego. Bólów samistnych nie miewa. Zwolnienie tętna. Nieznaczny zanik tętna.	—	—

Nazwisko autora i rok ogłoszenia pracy	Wiek	Płeć	Strona	Przebieg cierpienia i objawy kliniczne	Spostrzeżenia podczas dokonywanej operacji	Wynik operacji
Sédillot (1908)	23	Kobieta	z obu stron	Obustronne żebra szyjne (prawe — znaczniejsze). Ani porażenia, ani zaników, ani bólów nie było.	Wycięto prawie dłuższe żebro szyjne.	W 2 lata po operacji — bóle napięte w prawym ramieniu i lekkim zanik mięśni. Na miejscu operacji stwierdzono dość duży guzik łącznotkankowy.
"	17	Kobieta	lewa	Bóle w okolicy prawego n. łokciowego, głównie w IV i V palcu, nieznaczny zanik mięśni całego ramienia. Zaburzenia w czuciu przejściowe. Wyraźność kostna w prawym dole nadobojczykowym. Ucisk na spłot i naczyń wywołuje ból w okolicy n. łokciowego.	—	Pomimo dokonanej operacji, bóle trwały w dalszym ciągu (guzik łącznotkankowy na miejscu operacji).
Barącz (1908)	76	Kobieta	z obu stron	Oslabienie tętna w tętnicy promieniowej przy ucisku na t. podobojczykową, częste drętwienie palców i uczucie chłodu w rękach.	—	—
"	57	Kobieta	z obu stron	Zgorzel sucha ostatniego członka małego palca ręki prawej, zgorzel skóry ograniczona do opuszki małego palca ręki lewej, tętno słabe w tętnicach promieniowych oraz znikanie tego tętna od ucisku na t. podobojczykową	—	—
Goodhardt (1909)	28	Kobieta	z obu stron	Pierwsze objawy wystąpiły w 8 roku życia w postaci bólów w l. ramieniu. Bóle te promieniowały do całej l. kończyny górnej, która chwila mi drętwiała. Uczucie niezręczności l. ramienia. Następnie — pewna niezręczność l. wskaziciela. W 18 roku — spazm zginaczy przedramienia i ręki przy pewnych ruchach l. kończyny górnej. Przed 4 laty — osłabienie subtelnych ruchów l. ręki oraz stopniowy zanik m.m. kłębu dużego i małego. Chwilami ziębienie l. kończyny górnej. Nieregularna hipestezja i hiperalgezya na l. przedramieniu i dłoni, następnie wyłącznie hipestezja w okolicy łokciowej l. dłoni i przedramienia. Main en griffes. Zanik m. piersiowych lewych, Skrzywienie boczne	Wycięto oba żebra szyjne.	Natychmiast po operacji — porażenie obustronne w obrębie prawie całkowitym obu spłotów ramiennych. (Stopniowo wyrównywało się). Po roku jednak jeszcze wybitne zaniki mięśni oraz nieznaczne zmiany czuciowe.

Seitier (1909)	16	Ko- bieta	z obu stron	<p>od 6 szyjnego do 5 grzbietowego kręgu, zwrócone wypukłością w lewą stronę. (Lewe żebro szyjne wydatniejsze od prawego). W ciągu roku ostającego—osłabienie tętna w l. t. promieniowej.</p> <p>Od dzieciństwa — wypuklenie w dolnej okolicy szyi z prawej strony. W 8—9 roku życia ból powyżej prawego obojczyka oraz drętwienie, ziębienie w całej prawej kończynie górnej. Ból nerwiczny w prawej okolicy szyjowej, promieniująca do całej kończyny górnej głównie od strony łokciowej oraz do głowy i do piersi. Ruchy obrotne szyi i unoszące ramię do góry bolesne i ograniczone. Tętnienie t. podobojcz. prawej. Tętno w prawej t. promieniowej słabsze. Siła prawej ręki zmniejszona. Dyspnoe (ucisk na nerw krztaniowy dolny — n. recurrens). Żebro szyjne z obu stron, lewe mniej wyraźne i nie wywołujące objawów klinicznych.</p>
Luxenburg (1900)	25	Ko- bieta	z obu stron	<p>Przed 5 laty — ból w okolicy dolnego kąta lewej łopatki. Od 5 miesięcy bóle głowy, ból w piersiach, dolku, bokach, plecach i kończynach. W obu dołkach nadobojczykowych — twarde twory, idące od kręgosłupa na zewnątrz. Na rentgenogramie widać na stronie prawej żebro szyjne, z dwóch części złożone. Na stronie lewej — również żebro szyjne, lecz bardzo krótkie. Prócz tego z obu stron wydłużone wyrostki poprzeczne 7 kręgu szyjnego. Skrzywienie kręgosłupa prawostronne w górnej okolicy grzbietowej.</p>
Rzętkowski (1909)	21	Meż- czyn.	z obu stron	<p>Objawy neurasteniczne. Szyja miała wygląd „krótkiej”. Z obu stron szyi twarde zgrubienie, idące równolegle z brzegami m. równoległobocznego od góry z tyłu ku dołowi i do przodu.</p>
Francine (1910)	28	Ko- bieta	z obu stron	<p>Cierpienie szczytów płucnych. Przed dwoma laty ból nieznaczny w l. ramieniu i przedramieniu. Żebro szyjne obustronne, lewe wyraźniejsze. Ucisk na żebro powodował ból nieznaczny. Żebro szyjne lewe składało się z części, połączonych ze sobą za pomocą stawu, prawdopodobnie chrząstkowego.</p>

Nazwisko autorka i rok ogłoszenia pracy	Wiek	Płeć	Strona	Przebieg cierpienia i objawy kliniczne	Spostrzeżenia podczas dokonywanej operacji	Wynik operacji
Francine (1910)	33	Mężczyzn.	z obu stron	Affectio apic. pulm. Bóle w l. ramieniu. Żebro szyjne obustronne, lewe wyraźniejsze i składa się również z 2 części, połączonych ze sobą za pomocą stawu.	—	—
"	25	Mężczyzn.	z obu stron	Tuberculosis pulmonum. Żebro szyjne obustronne, prawe wyraźniejsze.	—	—
"	23	Kobieta	z obu stron	Bóle i zbroczenia czucia w prawem ramieniu i przedramieniu. Objawy zjawily się przed rokiem i stopniowo się wzmagaly. Jednocześnie kończyna prawa słabła i siniała. Brak zaników mięśniowych. Tętnienie w prawej t. pro-mieniowej słabsze, niż w lewej. Żebro szyjne obustronne.	—	—
Osler (1910)	31	Kobieta	z obu stron	Od 10--12 lat tętnienie ponad obojczykiem z obu stron. Objawy drętwienia i zbroczenia czucia występowały po krótkim użyciu lewej kończyny górnej. Po dłuższym użyciu skóra na tej ręce stawała się czerwona, obrzmiąta i chora musiała przerywać pracę (objaw, naśladujący "chromanie przystankowe"). Pomimo to, że objawy te występowały z lewej strony, żebro szyjne było wydatniejsze z prawej strony.	—	—
"	48	Mężczyzn.	—	I w tym przypadku objawy podobne do powyższych występowały w prawej kończynie górnej już po kilku minutach pracy.	—	—
"	38	Kobieta	—	I tutaj również zjawiała się po 10--15 minutach pracy sinica palców, zbroczenia czucia, obrzmienie i sztywność, tak że chora zmuszona była przerywać pracę.	—	—

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

O śródżylnych wstrzykiwaniach roztworu sublimatu w chorobach i stanach zakaźnych.

zestawił

JULIAN DRAC.

Bezpośrednie wprowadzanie leków do krwioobiegu przez żyły było dokonywane już w pierwszej połowie ubiegłego stulecia, zanim wiadomości o aseptyce mogły usunąć obawę zakażenia, którą wzbudza każdy zabieg operacyjny. Wstrzykiwano do żył najrozmaitsze środki: wymiotne, nasenne, kamforę, powietrze; wogóle ciała, których obecnie, dzięki podstawom współczesnej fizyologii, nie ośmielilibyśmy się wprowadzać do naczyń krwionośnych. Z chwilą wynalezienia strzykawki Pravatza w r. 1853 zastąpiono dawną drogę śródżylną — wprowadzaniem lekarstw drogą tkanki podskórnej. Ponownie zaczęli ją stosować w r. 1879 Kronecker i Sander, na ten raz w celu doświadczeń nad zwierzętami. Obaj ci autorowie ratowali od śmierci wskutek utraty krwi psy, wstrzykując im do żył roztwór chlorku sodu. Później nieco Landerer dokonał kilkakrotnie wstrzykiwań leczniczych. Właściwym jednak twórcą leczenia wstrzykiwaniami śródżylnymi jest Bacelli. W monografii jego, wydanej w r. 1907 pod tytułem „La via delle vene aperte ai medicamenti eroici“ czytamy, że nie nadługo przed r. 1889, chcąc pomódz choremu, dotkniętemu złośliwą zimnicą, z uwagi na nagłość przypadku, wstrzyknął mu do żyły obojętny roztwór chininy; nastąpiła szybka poprawa i później wyzdrowie-

nie. Od tego czasu wyleczył Bacelli w podobny sposób ogromną liczbę chorych, co mógł już chlubnie zaznaczyć w r. 1890 na zjeździe lekarskim w Berlinie. Po próbach z solami chininy nadeszła kolej i na inne środki heroiczne, a przede wszystkim na sublimat.

Sam zabieg, jakkolwiek usprawiedliwiony dzięki próbom, wykonanym na zwierzętach, długo wzbudzał nieufność. Przedstawiano niebezpieczeństwo zatoru i przedostania się powietrza do żył; obawiano się, że, działając energicznie, lekarstwo w bezpośrednim zetknięciu się z krwią może ścinać tę ostatnią lub, drażniąc ściany naczyń, powodować zapalenie żył z następczym zakrzepem. Ponieważ stopniowo wszystkie te obawy nie ziściły się, niebezpieczeństwo sprowadzonym zostało do sprawności rękoczynu. Z drugiej zaś strony przekonano się o zaletach takiej metody; unika się bowiem zaburzeń, towarzyszących wprowadzaniu sublimatu podskórnie lub do żołądka; można ściśle określić ilość lekarstwa; wreszcie—działanie środka wprowadzonego występuje nader szybko. Za pomocą wstrzykiwań śródżylnych otrzymujemy największy wpływ, stosując względnie najmniejsze dawki; wprowadzone bezpośrednio do żył lekarstwo natychmiast styka się z krążącym we krwi jadem i jest błyskawicznie roznoszone po wszystkich narządach i tkankach. W przytoczonej monografii Bacelli wykłada działanie soli chininy, surowicy Kocho, sublimatu i strofantyny.

Mendel w swej pracy zestawił wyniki wstrzykiwań hetolu w gruźlicy, kollargolu w zakażeniach, arszeniku w zimnicy i przymiocie (atoxyl), salicylatów w reumatyzmie. O wstrzykiwaniach naparstnicy pisali Kottmann, Mendel i Fränkel, Heidenhein zalecał wstrzykiwania adrenaliny w fizyologicznym rozczyńnię soli w razie gwałtownej zapaści. Z pośród innych lekarstw Doevenspeck próbował wprowadzać do żył jodek potasu, Barrow—formalinę, Huma—azotan srebra, van der Velden chlorek sodu (10% rozczyń), fibrolizinę, wreszcie bardzo niedawno Bacelli—strychninę.

Z wymienionych powyżej środków formalinę, srebro i sublimat stosowano w stanach i chorobach zakaźnych. Wyniki tych właśnie prób chciałem podać w niniejszym artykule, ze szczególnem uwzględnieniem sublimatu.

Próba z formaliną była tylko pojedynczą. Barrow mia-

nowicie wstrzyknął w zakażeniu połogowym 700 ctm³ roztworu formaliny 1:5000 i otrzymał wynik znakomity.

Śródżylna wstrzykiwania kollargolu w 5% roztworze są uważane za nieszkodliwe, można je powtarzać co 12—24 godzin, nie drażnią one bowiem ścian żyły. Crède zaleca je we wszelkich chorobach zakaźnych, gdy leczenie innymi środkami okazało się bezskutecznym. Poprawa zaznacza się polepszeniem stanu ogólnego, spadkiem ciepłoty ciała i zmniejszeniem się spraw zakaźnych. Zdaniem wielu autorów, wyników dodatnich spodziewać się można, stosując kollargol w posocznicy, ropnicy, róży, anginie, błonicy, zapaleniu płuc, gruźlicy w okresie gorączkowym, zapaleniu stawów rzeżączkowym i t. p. Leczą ją i tacy autorowie, którzy, opierając się na doświadczeniach nad zwierzętami lub na spostrzeżeniach klinicznych, zaprzeczają takiemu pogładowi, gdyż kollargol posiada bardzo słabe działanie drobnoustrojóbójcze. To też Mendel uważa, że skuteczność kollargolu nie jest jeszcze ustalona, a sprawa jego działania trudna do sprawdzenia, ponieważ przebieg zakażeń bywa bardzo zmienny, a najcięższe nawet postaci mogą nagle samodzielnie poprawiać się.

Sublimat wstrzykiwał do żyły Bacelli choremu syfilytowi po raz pierwszy w roku 1893. Wynik ponownych wstrzykiwań śródżylnych i wogóle leczenia tym sposobem był nader pomyślny i zachęcił B. do dalszych prób w tym kierunku. Wkrótce potem doznał Bacelli skuteczności sublimatu w posocznicy i ropnicy połogowej. Próby leczenia wstrzykiwaniami śródżylnymi sublimatu znalazły licznych naśladowców. Już w r. 1894 Kezmarszky, a później Terni, Silvestri, Lanni, Bidoli i inni zaczęli leczyć sublimatem zakażenie połogowe. Środek ten zyskiwał coraz większe uznanie, próbowano jego mocy i w innych cierpieniach. Wynikiem tych usiłowań jest nagromadzona w piśmiennictwie lekarskim spora liczba opisów wyleczonego wąglika, róży, płonicy, tyfusu brzuszego, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenia płuc włóknikowego i reumatyzmu stawowego. Zastanawiano się, naturalnie, nad sposobem działania sublimatu w ustroju. Mariani i Canalis na kongresie medycyny doświadczałnej w r. 1902 przedstawili wyniki swych badań. Doszli oni do przekonania, że wstrzykiwania sublimatu zwiększają odporność ustroju, potęgując głównie

jego działanie antytoksyczne. Tego samego zdania jest i Patella, który zaznacza, że drobnoustrojówczych własności wybitniejszych sublimatu, wprowadzanego do żył, spodziewać się nie można, gdy zważymy, że 2—10 miligramów rozcieńcza się czterema, pięcioma litrami krwi.

Mariani utrzymuje, że śródżylne wstrzykiwanie sublimatu zwiększa aglutynację krwi. Doświadczenia autora, wykonane na królikach, dały wyniki bardzo wymowne. Gdy np. po 10—12 wstrzyknięciach $\frac{1}{10}$ mlgr. sublimatu w 1 ctm³ fizjologicznego roztworu badał zwierzęta, otrzymywał aglutynację tyfusową w rozcieńczeniu 1:10, podczas gdy surowica tych samych królików przedtem laseczników tyfusowych nie sklejała. W podobny sposób wzmacniał on istniejącą aglutynację lub wywoływał w razie, jeżeli jej nie posiadały króliki—względem hodowli laseczników gruźliczych. Autor ten badał również wpływ wstrzykiwań sublimatu na zwierzęta, które zakażano dwoinkami, paciorkowcami i lasecznikami węglikami. Chociaż stosował dawki bardzo małe, gdyż odpowiadające $\frac{1}{50}$ mlgr. sublimatu na kilo wagi zwierzęcia, udało mu się uodpornić zwierzęta zapobiegawczem wstrzykiwaniem o tyle, że nie ginęły one pod wpływem działania toksyny dwoinkowej, dwa razy silniejszej od dawki śmiertelnej. W ten sam sposób zdołał on uodpornić króliki przeciw śmiertelnym dawkom hodowli l. węglikami, dwoinkom zapal. płuc i paciorkowcom. Daleko trudniej było uporać się z zakażeniem bez tego przedwstępnego, jak gdyby ochronnego, szczepienia. Działanie sublimatu, wprowadzonego do żyły w celu leczenia w ilości $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{10}$ na 1 kilo wagi, nie wystarczało do zwalczania wpływu węglikami, jakkolwiek przedłużało życie zwierząt. W tych razach zbawienne nieraz skutki wywierała surowica królików, uodpornianych uprzednio sublimatem. Taką samą surowicą udawało się ratować zwierzęta, którym podawano proteinę gruźliczą w dawce trującej. To też Mariani przypuszcza, że sublimat wytwarza we krwi antytoksynę, ratującą ustrój od zakażenia i radzi w celu zwiększenia odporności lub leczenia zakażeń stosować dawki nie duże, lecz codzienne, przez czas dłuższy.

Patella zwrócił uwagę na powstawanie leukocytozy pod wpływem wstrzykiwań sublimatu do żył. Podczas gdy podskórne wprowadzanie nie działało wcale lub bardzo słabo,

w 2—3 godziny po wstrzyknięciu śródżylnem otrzymywał on zwiększanie się liczby leukocytów o 3 do 4 tysięcy w 1 mm³. P. sądzi, że duży wpływ na odporność wywiera tu uruchomienie tyłu milionów elementów, które wskutek złożonego mechanizmu stanowią najsilniejsze środki obrony naszego ustroju.

Pane zauważył, że wstrzykiwania sublimatu królikom zwiększają ilość t. zw. „*niweczników*“; ilość aglutyniny wzrasta w stosunku 1:5, 1:10, nawet 1:20. Ten sam autor podnosi znaczenie leukocytozy: dzięki wzmożonemu rozpadowi leukocytów wytwarza się duża ilość aleksyny i komplementu; ponieważ zaś aleksyna działa, łącznie z amboceptorem, znajdującym się i w surowicy prawidłowej, w roli środka niszczącego zarodki chorobotwórcze, łatwo zrozumieć jej silniejsze działanie w razie większego nagromadzenia się leukocytów.

Po zbadaniu działania sublimatu na zwierzętach, liczni autorowie coraz chętniej zaczęli wprowadzać je do klinik i leczyć chorych. Obawy, które sposób ten nasuwał, okazały się niesłusznymi. Zarzuty Nothnagela, Caspary i Caposiego co do techniki upadły, gdyż inni autorowie uszkodzeń naczyń nie spostrzegali. Stałe jakoby zjawianie się zakrzepów, obrzęków, zaznaczane przez kilku niemieckich lekarzy (Dinkler, Garl) dowodzi tylko ich niesprawności technicznej. Zakrzep wytwarza się bardzo rzadko, pozostaje zwykle ograniczonym i po kilku dniach ginie, nie wywołując poważniejszych zaburzeń. Abadie, Hugner, Küssel, Neumann, Tomassoli, Ullmann, Angelucci, Maragliano, Désguin, Kezmarszky, Mader, Lewin i wielu innych włoskich lekarzy objawów ujemnych po wstrzykiwaniu roztworu sublimatu do żył nie zaznaczają.

Rozczyn do wstrzykiwań przyrządza się w następujący sposób (Mari):

Sublimatu bierze się . . .	gr. 1
Chlorku sodu	gr. 8
Wody dest. wyjałowionej gr.	1000

Otrzymujemy zatem rozczyń sublimatu 1:1000 w rozczyńnię fizyologicznym soli kuchennej. Dawka jednorazowa wynosi od 1 ctm³ do 10 ctm³ płynu, to jest od 1 miligramu sublimatu do 10 mlgr. Wszyscy prawie autorowie, z których prac do streszczenia niniejszego skorzystałem, wprowadzali tę wzglę-

dnie małą ilość sublimatu i zawsze podnosili znaczenie wytrzymałości w stosowaniu małych dawek przez czas dłuższy, np. 16 lub i więcej nawet dni, o ile poprawa nie zaznaczała się odrazu wybitnie. To też wyjątkowe jest i dziwne postępowanie Petrilli, który w reumatyzmie stawowym wstrzykiwał jakoby kilkakrotnie po 50 mg. sublimatu.

Wstrzykiwania poprzedzać powinno dokładne odkażenie pola operacyjnego: skóry w okolicy przegubu łokciowego, grzbietowej powierzchni ręki lub stopy. Ramię lub udo zaciska się sprężystem zaciskadłem. Przygotowawszy pole operacyjne, napełnia się strzykawkę Prawatza wraz z igłą rozczy-nem sublimatu, uważając, aby nie pozostawić choćby najmniejszego pęcherzyka powietrza, i wkłwa się igłę do żyły. Zaciskadło zdejmujemy, i wtedy zwolna wprowadzamy płyn. Upewniamy się, że płyn wchodzi do żyły, jeżeli w sąsiedztwie nie powstaje jakiegokolwiek wygórowanie; zabieg na razie nie sprawia bólu, a w przyszłości nie powoduje miejscowych objawów zapalnych.

Badania dowodzą, że sublimat w zetknięciu się z surowicą krwi przetwarza się w białkan rtęci, posiadający te same własności odkażające, co i inne przetwory rtęciowe (Mariani, Bruno, Bocciardo). Stosuje się to jednak do rozczy-nów sublimatu mocniejszych. Mariani, robiąc doświadczenia w swej pracowni, przekonał się, że dodawanie 5 ctm³ rozczy-nu sublimatu 1:10000 do 1:1000 zmian żadnych nie wywołuje, gdy silniejszy rozczy-n 5:1000 zmieszany z 5 ctm³ surowicy powoduje tworzenie się osadu, rozpuszczającego się w nadmiarze surowicy. Autor sądzi, że po wstrzykiwaniach śródżylnych rozczy-nu 1:1000 krąży sublimat nie jako białkan rtęci, lecz jako niezmieniony dwuchlorek ztęci.

Wprowadzony do żył sublimat wywiera działanie błyskawiczne, widoczne po zjawiającym się smaku metalicznym w ustach, który chorzy zaczynają odczuwać. Po kilku minutach już gruczoły ślinowe wydzielają go (Ascoli).

Marchis w r. 1907 opisał przyrząd, ułatwiający technikę wstrzykiwań. Składa się on:

- 1) Z gumowej dętej taśmy, na którą nałożony jest nierozciągliwy pas skórzany z kłamrą, aby można go było przystosowywać do najrozmaitszej grubości ramienia, zupełnie jak

w przyrządzie Riva Rocci, służącym do określania ciśnienia krwi. Środek taśmy poprzez otwór w pasie łączy się z rurką gumową.

2) Drugą część stanowi szklana rurka w kształcie litery T. Jedno jej krótkie ramię łączy się z poprzednią rurką gumową, odnośnie z taśmą; drugie z

3) Dmuchałem podług wzoru Richardsona.

4) Na długim ramieniu rurki osadza się drugą rurkę gumową, opatrzoną zaciskadłem Mohra.

Stosuje się przyrząd w następujący sposób. Opasuje się taśmą ramię chorego, balonem Richardsona wdmuchuje się powietrze zwolna, aby nie ginęło tętno na tętnicy promieniowej. Wtedy zaczynają się zarysowywać wyraźnie nie tylko żyły w przegubie łokciowym, lecz i żyły przedramienia i grzbietowej powierzchni ręki. Te ostatnie najbardziej nadają się do wstrzykiwań. Wkłuujemy, korzystając z ich uwydatnienia się, igłę, połączoną z napełnioną sublimatem strzykawką Prawatza, poczem zdejmujemy zaciskadło Mohra; powietrze z taśmy i połączonej z nią rurki wychodzi, znosząc ucisk, który tamował odpływ krwi żyłnej; popychając wtedy tłok strzykawki, wprowadzamy roztwór sublimatu.

Co do spodziewanych wyników leczniczych, już Bacelli wyraził się, że stosowanie sublimatu drogą żylną nie może być środkiem powszechnym, lecz ograniczać się musi do przypadków złośliwych, bezskutecznie leczonych w inny sposób. Tak też sam postępował w swej klinice, lecząc z początku swą metodą przymiot, później—zakażenia. Na razie przypadki te nie były wszystkie ogłaszane, tak iż Kezmarszky opisał wyleczone 2 przypadki zakażenia połogowego, sądząc, iż w tych chorobach sublimatu w klinice rzymskiej jeszcze nie stosowano. Gdy zaś ukazały się prace Bona, Silvestri, Bidoli, Lanni, coraz więcej zjawiało się opisów wyleczenia sublimatem i zachwyty nad skutecznością tego środka.

Prócz ogólniejszej natury rozpraw Doria, a'Erchia, udziału w rozprawach na zjazdach lekarskich Patelli, Pendego, Foriego, opisywali liczni autorowie przypadki poszczególne. W ten sposób piśmiennictwo zyskało dużo opisów leczenia zakażeń w różnych cierpieniach.

W zakażeniu połogowym oprócz dwóch wzmiankowanych

już spostrzeżeń Kezmarszkiego, podał Silvestri 1 przypadek, wyleczony wstrzykiwaniami sublimatu, Bona 2, Bidoli 2, Cecchini 3, Ceraulo 1, Clodoaldo 2, Chiaromonte 1. Dawki stosowano podług przepisów ogólnych, zaczynając od 2—5 miligramów i dochodząc do 10 mlgr. Zadziwiający bywał nieraz skutek wstrzykiwań: w przypadkach Bidoli, Clodoaldo dwa lub trzykrotne wprowadzenie lekarstwa wystarczało, aby usunąć groźne objawy i przerwać gorączkę. Najczęściej już po tygodniu można było zaprzestać leczenia, chociaż zdarzały się i zakażenia bardziej uporczywe. Pierwszym pomyślnym objawem działania sublimatu bywało zniżanie się ciepłoty w parę godzin po wstrzyknięciu. W przypadkach bardzo ciężkich postępowało ono bardzo opornie, ale za to zaznaczała się poprawa ogólna nawet pomimo trwania gorączki, gdyż znikaly objawy wtórne: ból głowy, wymioty, bredzenia i t. p. Ujemnego wpływu po stosowaniu małych dawek nie widziano. Asystent prof. Kenezy przez pomyłkę wstrzyknął dwóm chorym po 20 miligramów sublimatu i również niepomyślnego skutku nie było. W przypadku Ceraula na trzeci dzień po wstrzyknięciu wystąpiło białko w moczu, lecz już od dnia następnego nie pokazywało się więcej. Cecchini i paru innych autorów spostrzegali lekkie przemijające rtęciowe zapalenie jamy ustnej. W podanych wyżej przypadkach opisano pomyślne zejście po mniej lub więcej długotrwałem stosowaniu wstrzykiwań, pomimo że przed rozpoczęciem rtęciowego leczenia bezskutecznie starano się innymi środkami zwalczać chorobę; sublimat wprowadzono do żył dopiero wtedy, gdy już nie było nadziei uratowania chorych w inny sposób. Clodoaldo, skoro tylko przemijały groźniejsze objawy, próbował wstrzykiwać sublimat podskórnice, lecz wynik zawsze był mniej pomyślny i działanie powolniejsze.

Bodaj najlepsze świadectwo metodzie wstrzykiwań śródżylnych sublimatu dał prof. Barsony, dyrektor kliniki położnictwa i chorób kobiecych w Budapeszcie. Przemawiał on na zeszłorocznym zjeździe sierpniowym, odpowiadając pr. Bacellichemu. Zaznaczył B. na wstępie, jak ograniczone są jeszcze nasze wiadomości w sprawie zakażenia połogowego. Wywołują je drobnoustroje lub toksyny; leukocyty zaś wytwarzają pewne substancje, które, krążąc we krwi, niszczą drobno-

ustroje. Tylko to powiedzieć można o zakażeniu połogowem, reszta pojęć jest niepewna, zmienna lub zgoła sprzeczna.

Przypomina B. pierwsze swoje próby zwalczania sprawy chorobowej miejscowem stosowaniem sublimatu w postaci przepłukiwań jamy macicy słabymi rozczynami; wyświadczał tem nieraz dużą korzyść chorym. Gdy dowiedział się o metodzie Bacelliego, wypróbował ją, i otrzymał bardzo pomysłne wyniki.

Na zasadzie doświadczenia swego z ostatnich 6-ciu lat autor gorąco poleca wstrzykiwania śródżylnie sublimatu w dawkach od 4—10 miligramów. Większe dawki radzi stosować w posocznicy, mniejsze w ropnicy; pośrednie w posocznicy pochodzenia chłonnego. Zdaniem jego, lekkie zaburzenia nerkowe nie stanowią przeciwwskazania, chyba poważniejsze: drgawki porodowe lub wysokiego stopnia zapalenie nerek. Autor sądzi, że niekiedy leczenie zakażenia połogowego sprowadza się do wstrzykiwań śródżylnych sublimatu i przepłukiwań pochwy rozczynek nadmagnianu potasu. W sposób powyższy leczył on swoje chore w roku 1908 i jedna tylko zmarła (ogledziny zwłok wykazały stary ropień w przydatkach macicy) — ogólna liczba wszystkich położnic wynosiła wtedy 1883. W pierwszej połowie następnego roku z pośród 903 położnic wskutek zakażenia połogowego umarła również tylko jedna.

Prof. Kenezy, dyrektor szkoły położnictwa w Debreczynie, w 141 przypadku stosował metodę Bacelliego, nieraz u osób już prawie konających, stracił 6 chorych, t. j. 4,2%. Sądzi on, że : 1) wstrzykiwania śródżylnie sublimatu są środkiem najbardziej odpowiednim do leczenia zakażenia połogowego; 2) sublimat nie bywa w tych razach lekiem swoistym, lecz ułatwia ustrojowi wyzyskanie naturalnej odporności, zobojętniając toksyny i powstrzymując rozwój drobnoustrojów; 3) rozpoczynając leczenie we wczesnych okresach, gdy wystąpiły pierwsze objawy choroby, można być pewnym wyzdrowienia; 4) sposób jest łatwy, prosty i pozbawiony niebezpieczeństw, a zatem szczególnie nadaje się do praktyki prywatnej.

Zdanie prof. Barsony wypada jeszcze korzystniej. „Mógłbym“ powiada autor „przyпустить, że chore moje można było wyleczyć inną metodą, lecz wrażenie moje, przynajmniej co do większości chorych, jest takie, że odwrotnie, umarły by one, gdyby nie były leczone sublimatem, lecz w inny sposób.“

Pomyślnym wynikiem uwieńczone zostały próby leczenia wstrzykiwaniami sublimatu posocznicy i ropnicy innego pochodzenia, niż zakażenie połogowe.

Do takich opisów należy I przypadek Ciuffini, 2 prz. Cecchini, 1 prz. ropnicy Michele. Ten ostatni leczył chorego, który dostał zakażenia po ukłuciu się w palec. Groźniejsze objawy ustąpiły po czterech wstrzyknięciach sublimatu: 2 razy po 2½ mlgr. i 2 razy po 5 mlgr., i jednocześnie przez czas choroby opróżniono 3 przerzutowe ropnie w różnych okolicach ciała. Z trzech chorych Cecchiniego jeden zmarł; stan tego chorego był prawie beznadziejny od samego początku wstąpienia do szpitala; we krwi chorego znaleziono dwoinki Fraenkela. Dwa przypadki pochodzenia anginowego skończyły się pomyślnie i nader szybko.

Dużą liczbę wyzdrowień spostrzegali różni autorowie w powikłanych przypadkach wąglika: Corseri podał 4 przypadki, Boari 2, Antonelli i Isidori, Gambino po jednym. Wszyscy zwracają uwagę na szczególnie prędką poprawę w tej chorobie. Boari u dwóch swych chorych już po pierwszym wstrzyknięciu otrzymał spadek ciepłoty ciała z 40° na 38°; na drugi dzień gorączki już nie było zupełnie.

Gambino wyleczył chorego, wstrzykując mu przez 3 dni z rzędu po 2 mlgr. sublimatu. Zrobiono je jeszcze 4-go i 5-go dnia, aby poprawić stan ogólny.

Leczono pomyślnie sublimatem i różę. Szczegółowy opis podał Cecchini; w 2-ch przypadkach gorączka zginęła po trzech wstrzyknięciach.

O stosowaniu śródżylnem sublimatu w zapaleniu opon mózgowordzeniowych zabrał głos w r. 1900 Pinea, podając jeden przypadek wyleczenia tą metodą. W kilka lat później Tranquillo również uratował chorego, używając do leczenia 10 dawek po 4 miligramy. W r. 1907 Marchis zastosował pomyślnie metodę w bardzo ciężkim przypadku zapalenia mózgu i opon mózgowordzeniowych pochodzenia przymiotowego, Gaetano Tasso zaś w zapaleniu pochodz. nagminnego. W tym ostatnim przypadku autor spostrzegał wzmaganie się objawów chorobowych, gdy wstrzykiwania czasowo przerywano; wyleczenie przypisuje jedynie sublimatowi. Ogółem zrobiono sześć wstrzyknięć: pierwsze 6 mlgr., drugie 10, reszta po 12 mlgr.,

gdyż epidemia ówczesna była wyjątkowo złośliwa. Z pośród innych chorób zakaźnych dodatnie wyniki otrzymali: w płonicy Andrea, który zaznacza wybitne działanie przeciwgorączkowe wprowadzonego do żył sublimatu; to samo potwierdza Bidoli. W zapaleniu płuc włóknikowem wyzdrowienie prędkie spostrzegał Chiaromonte, w tyfusie brzuszny Rossini, Nicoletti i Cecchini; ten ostatni opisał 4 przypadki. Wstrzykiwania były stosowane nie w początkowych okresach tyfusu, lecz w czasie silnego rozwoju choroby i tylko w razie bardzo groźnego stanu chorego. Zwykle trzeciego dnia po pierwszym wstrzyknięciu zjawiały się już dosyć wybitne zwolnienia ciepłoty ciała, gorączka zaś ginęła zupełnie po 10—12 dniach. Jednocześnie występowała stopniowa i równoległa poprawa innych objawów, czego zwykle nie widuje się w razie przelomowego spadku ciepłoty. Cecchini zaznacza również, że sublimat działa w zakażeniu ziarenkowcowem daleko żwawiej, niż w tyfusie, zaleca jednak stosowanie dawek niedużych, lecz codziennie od 2—4 milgr. jednorazowo.

Nicoletti w swym przypadku tyfusu brzuszego u chorego dziecka zrobił 5 wstrzyknięć po 2 mlgr., poczem nastąpiło wyzdrowienie.

Pierwsze próby leczenia sposobem Bacelliego reumatyzmu stawowego omawiał w r. 1896 na zjeździe lekarskim prof. Tranquillo. Badania w odnośnym kierunku robili przed r. 1902 Patella i Mariani. Patella 2 razy otrzymał wynik znakomity, 4 r. znaczną poprawę, 3 razy wynik ujemny. P. zauważył, że gdy tylko zjawiała się wybitna leukocytoza, można było być pewnym doskonałego skutku wstrzykiwań sublimatu. Zarówno wymienieni autorowie, jak i ich naśladowcy rozpoczynali leczenie sublimatem dopiero wtedy, gdy już wyczerpali uprzednio przetwory salicylowe. Otrzymywane wyniki były tak zachęcające, że w przeciągu dość krótkiego stosunkowo czasu zebrała się spora liczba opisów. W samym tygodniku włoskim, wychodzącym w Rzymie pod nazwą „Il Policlinico“, podano 37 przypadków. W tej liczbie Aranzino 16, Bandel 3, Felici 1, Ortali 3, Petrilli 4, Rossini 1.

Lecząc i próbując skuteczności sublimatu w tak rozmaitych cierpieniach, nie pominięto też i niszczyielskiego raka, lecz wybitniejszego działania sublimatu w tej chorobie nie zau-

ważono. D'Erchia utrzymuje, że stosując sublimat w raku, uzyskać możemy tylko poprawę stanu ogólnego wskutek zmniejszenia się rozpadu i krwotoków, lecz sam nowotwór rozwija się dalej bez przeszkody.

DO POWYŻSZEGO ZESTAWIENIA KORZYSTAŁEM Z NASTĘPUJĄCEGO PIŚMIENNICTWA.

- Antonelli. La cura endovenosa di sublimato corrosivo in un grave caso di carbonchio. Il Policlinico. Sezione pratica Fasc. 1. 1902.
- Ascoli. I metodi terapeutici introdotti in clinica dal prof. Bacelli Il Policl. Sez. medica 1899 1 ottobre.
- Ascoli. Numero spec. in occasione dalle onoranze a Guido Bacelli Il Policl. fasc. 14. 1908.
- Avanzino. Contributo alla cura della poliartrite reumatica acuta colle iniezioni endovenose di sublimato corrosivo Il Policl. fasc. 14. 1902.
- Andrea. Gazzetta degli ospedali 1905 p. 609.
- Bandel. La terapia endovenosa nel reumatismo acuto Il Policl 1908 Fasc. 6. Sez. pr.
- Bidoli. Le iniezioni endovenose di bichlorulo di mercurio nella settizemia puerperale Il Policl 1904 Sez pr. F. 28.
- Bidoli. Il metodo Bacelli nelle infezioni. Il Policl. 1907 Sez. pr. F. 14.
- Boari. Le iniezioni endovenose di sublimato corrosivo nelle infezione carbonchiosa Il Policl. Sez. pr. F. 2. 1902.
- Bona. Il Policl. 1905 Sez. pr. F. 10.
- Bozzolo. Sulle febbri di origine nascosta Atti del Congresso di med. int Il Policl S. pr. 1904 ottobre.
- Clodoaldo. Centra Iniez. endovenose di sublimato corrosivo nella settizemia puerperale Il Policl. 1908 I. pr. F. 43.
- Ceraulo. Contributo alla terapia dell' infezione puerperale col metodo Bacelli Il. Policl. 1906 S. pr. F. 43.
- Cecchini. L'uso delle iniezioni endovenose di sublimato alla Bacelli nelle malattie d'infezione Il Policl. 1905 S. pr. F. 26,27.
- Ciuffini. Un nuovo caso di settico pioemia guarito con le iniezioni endovenose di sublimato corrosivo Il Policl. Sez. pr. 1907 F. 14.
- Corseri. Le iniezioni endovenose di sublimato corrosivo nei gravi casi di pustola maligna Il Policlin. Sez. pr. 1901. F. 18.
- Chiaromonte. Le iniezioni endovenose di sublimato corrosivo nelle malattie infettive Il Policl. 1907. Sez. pr. F. 14.
- Dino Michele. Un caso di pioemia guarito con le iniezioni endovenose di sublimato corrosivo Il Policl 19.
- Doria. Il trattamento medico delle infezioni puerperali Il Policl. 1907 Sez. pr. F. 43.

- d'Erchia. L'iniezioni endovenose di sublimato corrosivo nella terapia degli infez. puerperali. Il Policl. 1907 Sez. pr. F. 45.
- Felici. Poliartrite reumatica ed iniezioni endovenose di sublimato Il Policl. 1906. Sez. pr.
- Fori. La cura delle febre puerper. con le iniezioni endovenose di sublimato Il Policl. 1910 Sez. pr. F. 12.
- Gambino. Un caso di carbonchio ematico guarito con le iniezioni endovenose di bichloruro di mercurio Il. Policl. 1908. Sez. pr. F. 12.
- Isidori. Contributo alla cura del carbonchio colle iniezioni endovenose di sublimato corrosivo. Il Policl. 1902. Sez. pr. F. 37.
- Kezmarszky. Centralbl. für Gyn. 1894.
- Lanni. Contributo alla cura delle infezioni puerperali con le iniezioni endovenose di Hg. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche 1904 № 103.
- Mariani e Patella. La terapia endovenosa. Congr. di Med. Int. Il Pol. 1902.
- Mariani. Le iniezioni endovenose di sublimato corrosivo nelle malattie infettive. Il Policl. 1903 Sez. med. F. 7.
- Marchis. Sopra un caso di meningo—encephalite sifilitica guarito con le iniez. endov. di subl. corr. Modificazioni della tecnica delle iniezioni endovenose Il Policl. 1907 Sez. pr. F. 14.
- Mendel. Therapeutische Monatshefte 1903. H. IV.
- Mari. Le iniezioni endovenose di rimedi eroici Il Policl. 1906 S. p. F. 43.
- Nicoletti. Un caso di febre tifoide, curato colle iniezioni endovenose di sublimato Il Policl. 1907 S. pr. F. 14.
- Ortali. Le iniezioni endovenose di sublimato corrosivo nella poliartrite reumatica Il Policl. 1909 Sez. p. F. 8.
- Petrilli. Il metodo Bacelli e la poliartrite reumatica Il Pol. 1907 S. pr. 714.
- Pende. Sul efficazia delle iniezioni endovenose di sublimato corrosivo nel infezione puerperale Il Policl. 1905 S. pr. F. 30.
- Petrilli. Il bichloruro di mercurio nella setticoemia puerperale Il Policl. 1905 S. pr. F. 39.
- Pane. Discussione sullie terapia endovenosa. Il Policl. 1902 S. pr. F. 2.
- Rossini. Un caso di tifo addominale guarito col metode Bacelli. Il Policl. 1902 S. pr. F. 55.
- Rossini. Un caso gravissimo di reumatismo articolare guarito con met. Bacelli. Il Policl 1904 Sez. pr. F. 24.
- Silvestri. Un caso di setticoemia puerperale gravissimo guarita coll' iniez. endovenosa di bichlor. di mercurio. Il Policl. 1902. S. pr. F. 4.
- Tasso. Le iniezioni endovenose di subl. corr. nella cura del flemmone diffuso Il Policl. 1902 Sez. pr. F. 39.
- Terni. Congr. di med. int. Il Policl. 1902. Sezione pratica.
-

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

I. POSIEDZENIA CHIRURGICZNE.

Posiedzenie dnia 26 stycznia 1910 r.

1. *Leśniowski Ant.* Przedstawienie okazu raka żołądka oraz wygłoszenie odczytu w sprawie ścisłości wskazań do operowania raka żołądka.
2. *Kryński L.* Kilka słów w sprawie urazów nerki.
3. *Horodyński W.* Przedstawienie okazu guza kątnicy.
4. *Horodyński W.* Przypadek zropiałego hydrocoele communicans.

1. *Leśniowski* przedstawia najpierw okaz raka żołądka. Okaz pochodzi od 42-letniej chorej, która przybyła do oddziału z objawami ogólnego, b. daleko posuniętego wyniszczenia, oraz miejscowymi, które z łatwością pozwoliły rozpoznać raka odźwiernikowej części żołądka. Wobec b. dużego wyniszczenia rozpoczęto od wstrzykiwania chorej podskórnie fizyologicznego roztworu NaCl, podawania strofantu. Po kilku dniach takiego postępowania stan chorej znacznie polepszył się, tętno zrobiło się o wiele większe, mocniej wypełnione, chora ożywiła się, zaczęła oddawać dużą ilość moczu. Wobec tego L. wykonał jej operację. Operował w znieczuleniu miejscowym ściany brzucha roztworem nowokainy. Wyjął jej część odźwiernikową żołądka z kawałkiem dwunastnicy długości ± 2 cm., oraz z gruczołami pod i pozaodźwiernikowymi. Wyłuszczenie dużego pęku gruczołów pozaodźwiernikowych nastęrczało znaczne trudności techniczne, albowiem były one zanurzone w mięszu głowy trzustki; po wydobyciu ich powstała w głowie trzustki jama objętości sporego jaja kurzego. Dwunastnicę i żołądek L. zaszył, żołądek zespolił z pętlą jelita czczego bocznie. Pomimo znieczulenia miejscowego, chora przeżyła zabieg znośnie, na szczególny ból nie wyrzekała. Przebieg pooperacyjny na razie nadspodziewanie dla chorej pomyślny. Pierwsze trzy dni po zabiegu żywiono chorą wstrzykiwaniem podskórnem roztworu NaCl, od czwartego zaczęła otrzymywać płyny, a po kilku dniach pokarmy stałe. Po 3 tygodniach opuściła łóżko, stan ogólny powoli poprawiał się. Po upływie atoli $1\frac{1}{2}$ miesiąca od zabiegu chora zaczęła wskazywać na ból nad obojczykiem lewym. Tu wymacano guz twardey, który szybko rozrastał się, stan ogólny począł podupadać, i wkrótce chora opuściła oddział.

Przedstawiony okaz składał się z części odźwiernikowej żołądka, b. rozlegle nacieczonej rakowo, częściowo owrzodziałej, wraz z gruczołami chłonnymi.

Przedstawiony przypadek zachęcił Leśniowskiego do zastanowienia się nad niektórymi szczegółami raka żołądka. Nie chodziło mu bynajmniej o wyczerpujący odczyt w sprawie chirurgii raka żołądka. Ograniczył się on do poruszenia wskazań, wzgl. przeciwwskazań do leczenia operacyjnego powyższej choroby. Chodziło mu mianowicie o to, by wskazanie do leczenia operacyjnego, do wyboru tego lub innego rodzaju zabiegu oprzeć na danych możliwie ścisłych.

Zaczął L. od przypomnienia w krótkich wyrazach niektórych szczegółów budowy żołądka.

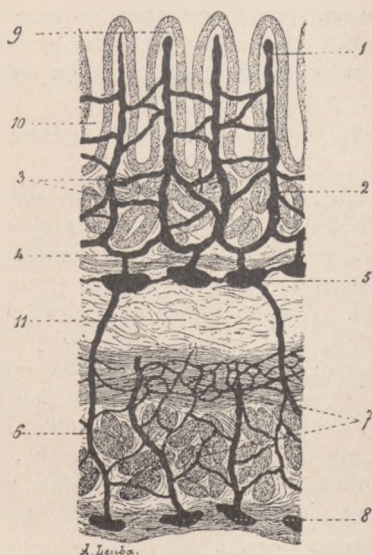
Zasługuje na uwagę nader obfite zaopatrzenie żołądka w naczynia krwionośne. W pobliżu wpustu zdąża ku małej krzywiznie żołądka tętnica wieńcowa żołądka, która przebiegając ku odźwiernikowi wzdłuż owej krzywizny, spotyka się i zlewa we wspólny kanał z tętnicą odźwiernikową, gałęzią tętnicy wątrobowej. Wzdłuż dużej krzywizny widzimy znów tętnice: żołądkowo-sieciową prawą, gałąź tętnicy wątrobowej, oraz żołądkowo-sieciową lewą, gałąź tętnicy śledzionowej, które to obie tętnice również zlewają się w kanał wspólny. Od wspomnianych dwóch kanałów tętnicznych rozchodzą się po przedniej i tylnej powierzchni żołądka bardzo liczne gałęzie. Pozatem zdąża do dna żołądka kilka tętnic „krótkich“, gałęzi t. śledzionowej. Dzięki temu tak obfitemu unaczynieniu nadaje się żołądek jaknajbardziej do wykonywania na nim najrozmaitszych zabiegów.

W jeszcze większym stopniu, niż unaczynienie, obchodzi chirurga układ chłonicy ścian tudzież bliższego i dalszego sąsiedztwa żołądka. Poszukiwania wielu badaczy, przedewszystkiem zaś klasyczne badania Bernarda Cuneo, pozwoliły ustalić fakty następujące. W samej ścianie żołądka możemy rozróżnić z nie połączone z sobą układy naczyń chłonnych (Ryc. 1). Pierwszy—to b. rozgałęziona sieć chłonicy błony śluzowej i podśluzowej. Zaczynają się te chłonicę w brodawkach pomiędzy gruczołami żołądka w postaci ślepego przewodu, który zdąża w kierunku pionowym od wierzchołka ku podstawie brodawki. Na tym przebiegu łączą się te pnie chłonicze licznymi gałązkami poprzecznymi, poniżej zaś dna gruczołów łączą się one ostatecznie. Od tych ostatnich połączeń biorą początek pnie, które przebiegają warstwę mięśniową śluzówki i w tkance błony podśluzowej ponownie zlewają się z sobą, tworząc szerokie kanały chłonne, od których przewody chłonicze, przebiegając skośnie błonę mięśniową ściany żołądka, zdążają do tkanki podsurowiczej.

Drugi układ chłonicy jest to nader obfita siatka naczyń, położonych w błonie mięśniowej ściany żołądka, mianowicie w tkance między pęczkami włókien mięśniowych, z której to siatki powstają ostatecznie większe pnie, pionowo zdążające również do tkanki podsurowiczej. W tkance podsurowiczej pnie, pochodzące z pierwszego układu, zespalają się z pniami, pochodzącymi z układu drugiego, i stąd powstają ostateczne duże naczynia—chłonicę odprowadzające.

Naczynia chłonne zarówno układu śluzówkowo-podśluzówkowego, jak i mięśniówkowego tworzą b. rozległe zespolenie w obrębie swego układu.

Za pomocą wstrzykiwania cieczy barwnych udało się jednak wykazać wspomnianemu wyżej Cuneo, że nie są wszystkie chłonice jednego układu

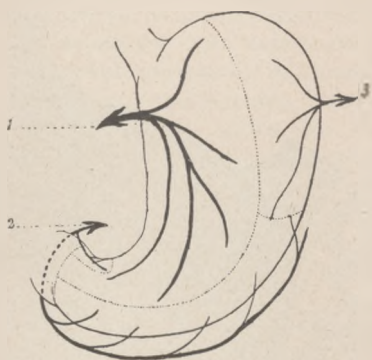


Ryc. 1.

1) pnie początkowe.—2) pnie zstępujące.—3) sieć dokołagruczołowa.—4) sieć podgruczołowa.—5) sieć podśluzówkowa.—6) pnie, odprowadzające chłonkę ze śluzówki.—7) sieć wewnątrzmięśniowa.—8) sieć podotrzewna.—9) tkanka pomiędzy gruczołami.—10) zagłębienie gruczołowe.—11) podśluzówka.

połączone z sobą wzajemnie; przeciwnie — każdy układ rozpada się na trzy niezależne od siebie dzienne. Jeżeli podzielimy żołądek (Ryc. 2) linią, przebiegającą równoległą do krzywizn po obu powierzchniach tegoż, na część górną większą i dolną mniejszą, to naczynia chłonne całej górnej części pozostają w ścisłym zespoleniu z sobą, ostatecznie zaś kanały odprowadzające, położone w tkance podsurowiczej, zbiegają się zewsząd promieniowato po małej krzywiznie i w pobliżu wpustu rozstają się ze ścianą żołądka, by jako naczynia doprowadzające wpaść do kilku lub kilkunastu gruczołów chłonnych, położonych wzdłuż i w okolicy tętnicy wieńcowej żołądka wśród listków sieci małej (Ryc. 3, 6). Jeżeli znów dolną część żołądka podzielimy linią pionową na 2 mniej więcej równe części, to z części prawej naczynia chłonne wpadają do pęku gruczołów chłonnych, położonych pomiędzy listkami więzów żołądkowo-okrężniczego poniżej części odźwiernikowej żołądka

(Ryc. 3, 9). Czasami kilka naczyń chłonnych z tej okolicy kieruje się ku niemużemu pękowi gruczołów chłonnych, leżących poza tylną ścianą odźwiernika. Gruczoły chłonne, położone przy tętnicy wieńcowej, noszą nazwę górnych gruczołów żołądka, położone poniżej części odźwiernikowej zwa się



Ryc. 2.

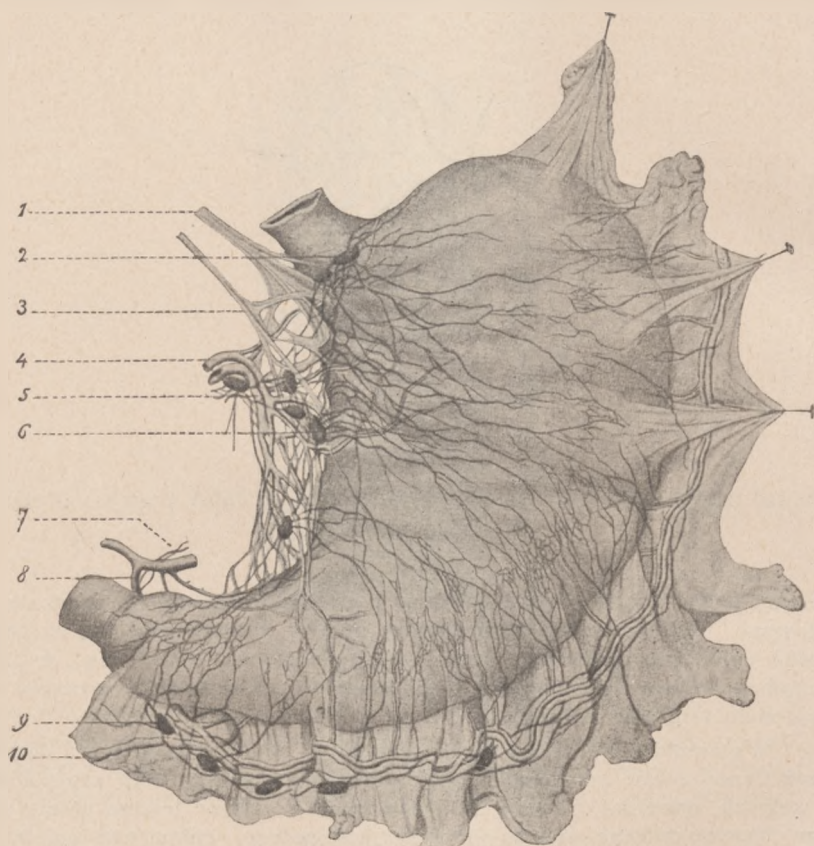
1) układ naczyń chłonnych górny.— 2) układ n. chł. dolny prawy.— 3) układ n. chł. dolny lewy.

dolnymi pododźwiernikowymi, położone poza odźwiernikiem — pozaodźwiernikowymi. Chłonice lewej części dolnej połowy żołądka wpadają do gruczołów chłonnych, położonych przy wnęcie śledziony. Wobec tego, że rak wyjątkowo bywa spostrzegany w tej ostatniej części żołądka, gruczoły te mają mało wagi dla chirurgii.

Wspomniane tylko co pęki gruczołów chłonnych — górny i dolny, przez Cuneo zwane przyżołądkowymi, stanowią pierwszy etap gruczołów, do których dochodzi chłonka ze ścian żołądka. Dodać jeszcze należy, że o ile chłonice dolnego odcinka przełyku są zespolone z chłonicami sąsiedniej części żołądka, o tyle chłonice żołądka nie pozostają wcale, lub prawie wcale w łączności z chłonicami dwunastnicy. Mianowicie ściśle badania wykryły, że odźwiernik stanowi jakby mur, rozgraniczający chłonice części odźwiernikowej i dwunastnicy. Czasami tylko spostrzega się na niemoższej przestrzeni zespolenie sieci śluzówkowo-podśluzówkowej żołądka z taką siecią dwunastnicy.

Następny etap gruczołów chłonnych, położonych w pobliżu żołądka, są to gruczoły, leżące wzdłuż tętnicy wątrobowej. Idąc wzdłuż tejże, docierają one aż do wnęki wątroby; z tym pękiem gruczołów stoją w bezpośredniej łączności gruczoły pod- i pozaodźwiernikowe. Drugi najbliższy układ gruczołów chłonnych — są to gruczoły, umieszczone wzdłuż tętnicy śledzionowej, dobiegające wnęki śledziony. Do najbardziej zewnętrznych z tego pędu wpadają chłonice, pochodzące z lewej połowy dolnej części żołądka.

Dodać jeszcze należy, że do gruczołów, położonych we wnęce wątroby, wpadają niektóre chłonicy, pochodzące z okolicy pępka, mianowicie przebiegają one w więzie, podtrzymującym wątrobę.



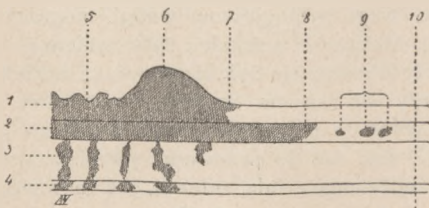
Ryc. 3.

1) n. pneumogastricus sin.—2) grucz. chł. przywpułkowe.—3) n. pneumogastr. dextr.—4) t. wieńcowa żołądka.—5) ż. wieńcowa żołądka.—6) grucz. chłonicne małej krzywizny.—7) t. wątrobowa.—8) t. żołądkowo-sięciowa pr.—9) grucz. chłonicne pododźwiernikowe.—10) żyły żołądkowo-sięciowe prawe.

Jak szerzy się rak żołądka? Pomijając bliższe szczegóły, dotyczące przyczyn powstawania raka żołądka, można uogólniając powiedzieć, że sposób szerzenia się raka jest dwojaki. Po pierwsze, dokoła pierwotnego ogniska w sąsiadujących gruczołach żołądka nabłonek, niby ulegając zarażeniu, zaczyna bujać i nabiera cech złośliwości. W ten sposób, na drodze postę-

pującego zwyrodniania się śluzówki szerzy się sprawa rakowa po powierzchni. Szerzenie się tego rodzaju odbywa się powoli i na względnie niedużej przestrzeni. Powtórne nowotwór, po przerwaniu błony właściwej gruczołu, szerzy się włąb. Dotarłszy do mięśniówki błony śluzowej napotyka tu pewną przeszkodę, lecz po pewnym czasie przerywa ją i dostaje się do luźnej podśluzówki. Tu swobodnie i daleko rozrasta się po powierzchni i znacznie wyprzedza rozrost nowotworu na powierzchni śluzówki. Błona mięśniowa żołądka znów stanowi na dłuższy czas zaporę do szerzenia się nowotworu włąb, lecz powoli nowotwór przerasta i tę błonę i dochodzi do otrzewnej. Wówczas już to zwyrodniona nowotworowo ściana żołądka przyrasta do sąsiedniego narządu, już to nowotwór zjawia się na swobodnej powierzchni otrzewnej żołądka; cząstki jego odrywają się, rozsiewają się po powierzchni otrzewnej, wszczepiają się i rozrastają się tu, powodując zjawienie się w jamie otrzewnej płynu, zazwyczaj surowiczego-krwawego.

Jak i w rakach innych okolic ustroju, przedostają się nareszcie komórki nowotworowe do naczyń chłonnych i zaczyna rak szerzyć się tą



Ryc. 4.

Wzór zwykłego szerzenia się raka żołądka.

1) śluzówka.—2) podśluzówka.—3) pasma nowotworowe wewnątrzmięśniówkowe.—4) ogniska rakowe podotrzewne.—5) owrzodzenie raka śluzówki.—7) granice zmian chorób śluzówki, pozornie stanowiące granice sprawy rakowej.—8) granice zmian w podśluzówce.—9) ogniska pojedyncze w podśluzówce.—10) linia właściwego cięcia chirurgicznego.

drogą. Szerzy się w ten sposób, że komórki rakowe tylko przepływają z falą chłonki do najbliższych gruczołów chłonnych, albo też zatrzymują się tu i owdzie w chłonicy, wszczepiają się i rozrastają. Na tej ostatniej drodze zjawiają się w pobliżu pierwotnego ogniska raka — ogniska wtórne w postaci guziczków, ułożonych paciorkowato, w tkance śluzówki i podśluzówki, położone rozmaicie daleko—na 4, 8 i więcej centymetrów od brzegu ogniska pierwotnego (Ryc. 4).

Ponieważ w większości przypadków rak rozpoczyna bujanie w części odzwiernikowej już to na tylnej ścianie, już to na małej krzywiznie, przeto należałoby oczekiwać, że będzie on szerzył się następnie w kierunku dwunastnicy i w kierunku wpustu. W kierunku jednak dwunastnicy zatrzymuje

się zazwyczaj rak, nie przekraczając odźwiernika, dla czego — powiedziano wyżej; wyjątkowo przekracza poza odźwiernik na kilka milimetrów. Natomiast zazwyczaj szerzy się wzdłuż naczyń chłonnych ku małej krzywiznie i w tym kierunku szerzy się szybko. Ostatecznie, za pośrednictwem naczyń chłonnych rak z okolicy odźwiernikowej dostaje się z jednej strony do gruczołów górnych, z drugiej — do gruczołów pod wzgl. pozaodźwiernikowych. Jest to, jak widzieliśmy, pierwszy etap. Powstrzymują one dłuższy czas dalsze szerzenie się sprawy rakowej. Z tych gruczołów szerzy się rak dalej drogami chłonnymi w 2-ch kierunkach. Po pierwsze, w kierunku wstecznym. Z gruczołów pierwszego etapu na tej drodze przenosi się rak do gruczołów, położonych wzdłuż tętnic wątrobowej i śledzionowej. Z gruczołów przywątrobowych na drodze wstecznej wzdłuż naczyń chłonnych, pochodzących z okolicy pępka, może przenieść się rak do tej okolicy. Gruczoły, położone wzdłuż tętnicy wątrobowej, rozrastając się, mogą uciskać żyłę wrotną i powodować zjawienie się przesieku w jamie otrzewnej. W dalszym ciągu szerzy się rak na drodze wstecznej do gruczołów, położonych wzdłuż aorty brzusznej i żyły głównej wstępującej, do gruczołów lędźwiowych, następnie biodrowych, nareszcie obrzmiewają gruczoły pachwinowe. Gruczoły, położone wzdłuż aorty, wzgl. żyły głównej wstęp. mogą uciskać ją i wywoływać obrzęk kończyn dolnych, uciskając żyły nasienne — mogą powodować powiększone gruczoły obustronne żylaki powrózka nasiennego.

Po wtóre szerzy się rak na drodze wstępującej. Mianowicie z gruczołów przyżołądkowych za pośrednictwem przedniego pnia dostaje się rak do zbiornika chłonki, stąd zaś do przewodu piersiowego. I tu już to tylko komórki rakowe przepływają z falą chłonki, już to wszczepiają się w ścianę i rozrastają się, zwyrodniając przewód. Z przewodu piersiowego dostają się komórki raka do gruczołów nadobojczykowych w ten sposób, że albo z łuku mocno zgiętego końcowego odcinka przewodu piersiowego, w którym krążenie chłonki odbywa się b. powoli, wprost przenikają do krótkich, szerokich pni chłonniczych, które łączą gruczoły nadobojczykowe z łukiem przewodu piersiowego, albo też rozrasta się rak na ścianie przewodu i stąd dopiero wrasta do owych pni chłonniczych. Do tychże gruczołów chł. nadobojczykowych może dostać się rak za pośrednictwem łańcucha gruczołów chłonnych, położonych w śródpiersiach i wzdłuż oskrzeli. Wreszcie z gruczołów nadobojczykowych na drodze wstecznej może dostać się rak do gruczołów podpachowych lewych; do tych ostatnich gruczołów dostaje się rak również z wtórnie zakażonej rakiem opłucnej.

Z powyższego widać, że stwierdzenie w raku żołądka zwyrodnienia nowotworowego w gruczołach zewnętrznych: nadobojczykowych, podpachowych, pachwinowych, wskazuje niewątpliwie na b. rozległe rozpowszechnienie się sprawy rakowej w ustroju. Na to samo wskazują również objawy uciśnięcia żył: przesiek w jamie otrzewnej, żylaki powrózka nasiennego, obrzęki kończyn dolnych. Wreszcie, tą samą wartością rozpoznawczą ma zjawienie się raka w pępku.

Za pośrednictwem układu krwionośnego, oczywiście, może być rak z żołądka zaniesony do rozmaitych narządów wewnętrznych.

Pozostaje obecnie przejść do rozejrzenia się we wskazaniach, wzgl.

w przeciwwskazaniach do czynnego lub też biernego zachowania się względem chorego na raka żołądka.

O ile stan ciężkiego wyniszczenia ogólnego jest przeciwwskazaniem do zabiegu operacyjnego? Skąd powstaje wyniszczenie omawianych chorych? Na wyniszczenie ogólne składają się tu 3 okoliczności. Najpierw — wysuszenie ustroju. Chorzy na raka odźwiernika z jednej strony — wymiotują płyny; z drugiej strony, płyny wzgl. woda, pozostając w żołądku, nie ulegają wchłonięciu, albowiem, jak dowodzi tego fizjologia, wchłanianie właściwe wody odbywa się w kiszkaach grubych. Powtórę, dzięki zanikowemu nieżyłowi śluzówki żołądka w raku tegoż, pokarmy ulegają w żołądku strawieniu wzgl. wchłonięciu w bardzo małym stopniu, stąd rozwija się postępujące wygłodzenie ustroju. Nareszcie, na wyniszczenie ustroju wpływa i trzecia okoliczność—charłactwo rakowe. Jak dowodzą tego liczne spostrzeżenia, o czym zresztą mógł osobiście przekonać się L., z początku w wyniszczeniu chorych rakowych bierze największy udział wysuszenie i wygłodzenie; dowodzi tego nieraz niezwykle szybkie poprawienie się stanu chorych już po wykonaniu im zespoleniu żołądka z jelitem; dopiero na ostatku zabija ich charłactwo swoiste. Dla tego też, mając przed sobą mocno wyniszczonego chorego na raka żołądka, należy najpierw przekonać się, od czego zależy jego stan ogólny. W tym celu należy wprowadzać mu w przeciągu kilku dni podskórnie roztwór NaCl, oliwę, podawać środki pobudzające mięsień sercowy. O ile po tem wszystkim upośledzenie działalności serca, nerek, ośrodków nerwowych nie ożywi się, jeżeli przeciwnie, zaczną zjawiać się obrzęki, będzie to dowodem, że mamy przed sobą daleko posunięte charłactwo nowotworowe, i będziemy musieli zaniechać wszelkiego zabiegu. W przeciwnym przypadku mamy prawo wykonać choremu operację.

Do objawów, które powinny wstrzymać nas od leczenia operacyjnego, należy również zaliczyć obecność płynu w jamie otrzewnej, szczególnie krwawego, obrzęki kończyn dolnych, obustronne żyłaki żył nasiennych.

W innych przypadkach wykonanie zabiegu jest zupełnie usprawiedliwione. Będzie tylko chodziło o to, czy wykonać zabieg doszczętny, czyli wycięcie chorej części żołądka, czy tylko zespolić żołądek z jelitem. Wycięcie rakowo zwyrodniałego żołądka winno być wykonane wtedy, kiedy, jak i w innych rakach, możemy operować w tkankach zdrowych, nazewnątrz wszystkiego, zmienionego chorobowo. Jest to możliwe tylko wówczas, kiedy rak jest ograniczony do ściany żołądka oraz nie zdążył przekroczyć pierwszego etapu gruczołów chłonnych. Gdy natomiast posunął się on już dalej, a zatem jest już na otrzewnej, w dalszych gruczołach i t. d., musimy ograniczyć się do zespolenia żołądka z jelitem.

Co do szczegółów samego zabiegu, to najpierw zwraca L. uwagę na znieczulenie. O ile chodzi o chorych z daleko posuniętym wyniszczeniem, uważa L. za zupełnie usprawiedliwione znieczulenie miejscowe. W ostatnich swoich z przypadkach wycięcia rakowo zwyrodniałego odźwiernika zastosował L. tylko znieczulenie ściany brzucha za pomocą roztworu Schleicha. Chorzy znieśli zabieg zadawalająco, zaledwie od czasu do czasu wskazując na dokuczliwsze uczucie bólu.

Co się tyczy granic, w jakich należy wycinać, to od strony odźwiernika należy przejść na dwunastnicę na 1—2 cm. Wobec tego, co powiedziano wyżej, powinno to wystarczyć. Inaczej ma się rzecz z wycięciem od strony wpustu. Pamiętajmy, jak nieraz daleko od ogniska pierwotnego bywają usadowione w ścianie żołądka ogniska wtórne. Dla tego też należy odstępować od brzegu wymacalnego nacieczenia ściany na kilka: 6—8—10 cm. (Ryc. 4, 10). Poza to należy usunąć gruczoły przyżołądkowe górne, oraz pod-wzgl.-poza-odźwiernikowe. Ponieważ usuwając gruczoły przyżołądkowe górne można uszkodzić tętnicę wieńcową żołądka, co już podano w piśmiennictwie, radzi Cuneo wprost zacząć od wyszukania i podwiązania tętnicy wieńcowej. Wobec b. obfitego unaczynienia żołądka nie powinno to nastęrczać niebezpieczeństwa.

Kryński. Kolega Leśniowski przypomina nam stosunki anatomiczne, ale, chcąc przedstawić rzecz jasno i zrozumiale, zbudował schemat, którego się trzymał, który jednak często zawodzi, bo nie można wytłumaczyć za jego pomocą większości zjawisk, o któreby nam chodziło, — a mianowicie sprawy posuwania się raka, która byłaby bardzo ważną ze względu na postępowanie operacyjne. Schemat ten nie jest wystarczający, gdyż uwzględnia tylko jeden rodzaj raka, zacieśnia więc tłumaczenie. Trzebaby zastanowić się nad innymi rodzajami raka.

Nie należy zapominać, że niekiedy rak szerzy się per continuitatem i per contiguitatem; sposoby szerzenia się jego urozmaicają patogenezę. Dlatego też schemat nie prowadzi tutaj do celu.

Co się tyczy owego charłactwa rakowego, jest ono największym złem, ale złem względnem, które może być poprostu zależnem od wygłodzenia. Stąd dochodzi się do wniosku praktycznego, że koniecznem jest zwrócenie uwagi na forsowne odżywianie chorego, a także na niewinny zabieg, mianowicie na enterostomię, w celu szybszego wchłaniania, np. roztworu soli za pomocą przetoki, dla poprawy stanu ogólnego.

Sawicki. Co się tyczy strony technicznej w sprawie, poruszonej przez kolegę L., to wartoby zastanowić się, czy podwiązanie tętnicy wieńcowej nie będzie upośledzało odżywiania ściany żołądka.

Odpowiedzi na to pytanie udzielić może dopiero praktyka.

Leśniowski, mówiąc o szerzeniu się raka, zaznaczył, że rak może przenosić się i stwarzać niejako ogniska, nie będące w bezpośrednim związku z ogn. pierwotnem: trzeba mieć to na uwadze w wycinaniu żołądka. Znamy np. sposób wycięcia żołądka przy pomocy kleszczy amerykańskich bez otwierania żołądka i oglądania błony śluzowej. W tych razach nie wiemy, czy nie było gdzie ogniska oddzielnego na śluzówce, które pozostawiono. Miał S. przypadek, gdzie znalazł kilka owrzodzeń na śluzówce, których nie można było zzewnątrz wyczuć; dopiero po rezekcji zobaczył w sterczącej poza kleszczami części żołądka, że owrzodzenia sięgają dalej, tak, że trzeba było dalej wyciąć, aby dojść do tkanki prawidłowej.

Ważnym jest szczegół, podniesiony przez Leśn., że oglądając tylko wnętrze, nie będziemy mogli być pewni, żeśmy zupełnie usunęli raka.

Leśniowski. Kolega Kryński zwraca słusznie uwagę, że nie wszystkie rodzaje raka można zbadać i usunąć według danego schematu. Ale operując trzeba

przecież myśleć o najcięższych przypadkach raka. Przed wycięciem nie wiemy, z jakim rakiem mamy do czynienia, więc lepiej zawsze mieć przed oczyma podany wyżej schemat, który odpowiada przypadkom najcięższym, który poucza, że rak może szerzyć się bardzo szybko w warstwie podśluzowej i dawać daleko położone osobne guziki. Oczywiście, że pozatem może zjawiać się rak i w innej formie. Jeżeli stwierdzimy przed lub podczas operacji ogniska raka w narządach wewnętrznych, to, rzecz naturalna, nie będziemy kusić się o zabieg doszczętny. W każdym razie zdaje się L., że dla celów praktycznych należy zawsze uwzględnić nakreślony powyżej schemat, zresztą oparty na ścisłych badaniach.

2. *Kryński*. Chce słów parę powiedzieć z powodu urazów nerki. Są te urazy dość rzadkie, bo nerki są dość dobrze ochronione od wszelkich urazów zewnętrznych, jednak zdarzają się od czasu do czasu; najczęściej bywają podskórne, takich jest 60%.

Przed rokiem przedstawiał K. uraz nerki u młodego człowieka lat 26 który, wskakując do powozu, wypadł, przyczem koła powozu przeszły mu przez brzuch; — były tu objawy typowe obrażenia nerki;—po 8-miu dniach zrobił operację; chory wyzdrowiał.

Przedstawia K. teraz 2 świeże przypadki:

1) 21-letni mężczyzna, wsiadając do tramwaju, ugodzony został w bok dyszlem ciężkiego furgonu i odwieziony do szpitala z objawami silnego krwawienia. Stwierdzono pęknięcie wątroby tak wielkie, jakiego K. nigdy nie widział: pęknięta była wątroba na przestrzeni 25 cm. B. obfity krwotok z wątroby do jamy otrzewnej przeszkadzał do postawienia rozpoznania, — wtedy włożył K. rękę w okolice nerki i stwierdził pęknięcie nerki prawej. Chory umarł w przeciągu 48 godzin.

Na preparacie stwierdzono, że jest to nie pęknięcie, ale silne oderwanie części nerki wskutek urazu. Sądząc z doświadczenia i piśmiennictwa, gdyby w tym przypadku było tylko pęknięcie nerki, to byłoby można chorego uratować; niestety, krwotok z rozerwanej wątroby z góry już kazał zwątpić o możliwości wyzdrowienia.

2) W kilka dni później operował K. również chorego z powodu uszkodzenia nerki. Był to mężczyzna 21-letni, elekrotechnik, który spadł z rusztowania na deskę i uderzył się przednią powierzchnią brucha o kant jej; w ciągu godziny przywieziono go do szpitala wśród objawów krwotoku wewnętrznego, jakoto: bólów, wystąpienia guza i krwiomoczu K. przystąpił do operacji i stwierdził pęknięcie na tylnej powierzchni i rozdarcie żyły nerkowej. Z powodu gwałtownego krwotoku nerkę usunął, ale chory mimo wlewania środków odżywczych zmarł drugiego dnia.

Mimo mocnego osłonięcia nerek, niewielkie nawet urazy mogą wywołać pęknięcie nerki.

W pierwszym przypadku K. było pęknięcie z narządów ważnych, wątroby i nerki; — w drugim przypadku chory upadł na deskę i silnie uderzył się w okolice nerki.

W swoim czasie była poruszona sprawa, czy wstrząśnienie możeściągnąć za sobą pęknięcie nerek. Doświadczenia Tuffiera dowiodły, że wy-

wołuje ona: 1) pęknięcie torebki, 2) pęknięcie części korowej, 3) pęknięcie części korowej i miąższu, 4) rozdarcie nerki, 5) rozdarcie miedniczki.

Najważniejszym i najtrudniejszym dla nas jest pytanie: operować czy nie? Właściwie najtrudniej powziąć decyzję, kiedy nie operować. Jest to zadanie bardzo trudne orzec, czy czekać i jak długo czekać? Tu schematu dać nie można.

Ciężkość objawów nie zawsze idzie równolegle z ciężkością uszkodzenia: czasem pomimo groźnych objawów chory zostaje wyleczony, kiedy indziej przeciwnie — objawy zewnętrzne są nieznaczne, a chory umiera. K. zgadza się tu z Tuffierem, że nie należy brać się do operacji zaraz, ale nie należy też zbyt długo czekać z obnażeniem nerki; — dopiero obejrzenie nerki może rozstrzygnąć, czy wystarczy nerkę wytamponować, czy też trzeba ją wyciąć.

Leśniowski. W przypadku uszkodzenia nerek można rozróżnić z okresy. To, co zmusiło Kol. Kryńskiego do przystąpienia do operacji na nerce, to jest — krwotok ciągły i obfity; samo krwawienie, trwające czas jakiś, nie dowodzi jeszcze potrzeby operacji; dopiero obfite, ciągłe i grożące życiu krwawienie. W pierwszym okresie krwawienie, zagrażające życiu, nie pozwala dokładnie zbadać chorego ze względu na niebezpieczeństwo.

O drugim okresie, wtórnym, Leśn. powie przy sposobności.

Kryński. Jeszcze raz podkreśla, że ciężkość wypadku nie idzie w parze z ciężkością objawów. Długotrwałe sączenie się krwi jest ważniejsze od burzliwego krwawienia.

3. *W. Horodyński* przedstawia guz kątnicy, operowany u czterdziestokilkuletniej kobiety.

Badanie chorej przed operacją wykazało w prawym dole biodrowym i powyżej guz, wielkości dużej pięści, gładki, lekko ruchomy w kierunku bocznym, mało ku górze, od naciskania zaś z przodu balotujący w okolicy lędźwiową. Przy napełnieniu okrężnicy powietrzem guz nie znika.

Wywiady: od 8 miesięcy bóle z prawej strony brzucha nieokreślonego typu i charakteru, okresy gorączki, wypróżnienia regularne. Stopniowe chudnienie z przyrostem wagi po pobycie na wsi.

W uspianiu (skopolamina—morfina—chloroform) skośne cięcie z prawej strony prawie od łuku żebrowego do połowy więz. Pouparta. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono guz, umieszczony poza kątnicą, lecz ściśle z nią spojony. Dla wyluszczenia go nadcięto otrzewną ścienną na kości biodrowej, następnie wycięcie kątnicy. Połączenie końca z końcem (cięcie okrężnicy poprzeczne, jelita czczego skośne), szew dwupiętrowy jedwabny. W ranie pozostawiono pasek gazy. Przebieg pooperacyjny umiarkowany. Obfite ropienie wskutek wylewu krwawego. Na 6-ty dzień przetoka kałowa, trwająca 6—8 dni. Po upływie 4 tygodni zagojenie zupełne. Wypróżnienia prawidłowe.

Powstanie przetoki kałowej H. stawia w związku ze znacznym usunięciem otrzewnej ściennej respect. radicis mesocoeci i wskutek tego słabszego odżywiania odcinków kiszki, a nie wskutek tylko dwupiętrowego szwu lub połączenia końca z końcem.

Guz na przekroju przedstawia się pod postacią jednolitej ziarnistej

masy. Na tylnej ścianie kątnicy owrzodzenie o nacieczonych zgrubiałych brzegach. Światło kątnicy mało zmniejszone.

Badanie drobnowidzowe wykazało carcinoma colloideum.

(Streścił mówca).

4. *Horodyński*. Przed 2-ma tygodniami do kliniki zapisał się chory, mówiąc, że ma od lat kilkunastu przepuklinę, która od 4 tygodni nie daje się odprowadzić.

Badanie wykazało obecność w mosznie guza chęłbocącego, — przepukliny nie stwierdzono. H. sądził, że znajdzie przepuklinę wewnętrzną; po przecięciu skóry wylała się ropa, — dalej okazało się, że powrózek nasienny jest bardzo zgrubiały i otoczony dużym wylewem krwawym. Prócz tego rozległe ropienie w dolnej części moszny. Zachodzi pytanie, czy rzeczywiście miał do czynienia z przepukliną, którą chory sobie odprowadził, czy też było to hydrocoele communicans, z którego przez gniecienie zrobiło się haematocele, a to wtórnie zropiało.

H. znalazł w piśmiennictwie, że hydrocoele funiculi często łączy się z przepukliną, która może wchodzić w hydrocoele funiculi, t. zw. encystica, albo też znajduje się obok niej. Moznaby przypuszczać, że chory miał hydrocoele funiculi i jednocześnie hydrocoele tun. vag., a wskutek nagniatania doszło do ropienia.

Że ta sprawa jest dawna i że trwała dłużej, niż 4 tygodnie, na to wskazuje grubość ścian powrózka nasiennego.

Diskusya nad pierwszym pokazem Horodyńskiego.

Kryński. Odnośnie strony technicznej — za najbardziej pożądane uważać należy łączenie końców kiszki end to end, — gdzie jednak wymiary światła są różne, stosujemy side to side, lub side to end.

Stankiewicz. Kiedy wezwany był w marcu przez kol. Babińskiego do chorej, operowanej przez kol. Horodyńskiego, wszystko zdawało się przemawiać na korzyść gruźlicy kiszki ślepej: gorączka, bóle, guz bez wszelkich nierówności, belesny przy dotykaniu i ruchach chorej. Nie było żadnej nieprawidłowej wydzielin y z kiszki.

Od czasu do czasu zauważono zmniejszenie się guza i polepszenie stanu ogólnego. W maju S. stwierdził znaczne zmniejszenie się guza. Chora wyjechała na wieś, przybyło jej 11 funtów. Wróciła w początkach września, stan pogorszył się, co można było przypisać niewygodom w drodze i zmęczeniu. Stwierdzono powiększenie guza i gorączkę. Po 2 tygodniach gorączka spadła, ale guz nie zmniejszył się; wtedy postanowiono dokonać operacji.

W ostatnich dopiero tygodniach okazało się, że to był guz rakaowy.

Horodyński. Nie uważa wcale, żeby połączenie end to end przedłużyło operację, ale za lepsze uważa end to side. Zdarzało mu się, że miał przetoki kałowe, a to z powodu, że musiał wyciąć na dużej przestrzeni otrzewną i założyć tampon, który może mieć wpływ na gorsze zrastanie się odcinków kiszki.

Jeżeli łączymy grubą kiszkę z cienką, to można cienką kiszkę prze-

ciąć ukośnie celem otrzymania światła, odpowiadającego światłu kiszki grubej. Wówczas odcinki łączą się ze sobą pod kątem, co wszakże nie wpływa na krążenie treści.

Gabszewicz zapytuje, czy w przypadku Hor. badano krew na leukocytozę.

W. Stankiewicz odpowiada, że krwi nie badano; — zdaniem jego, badanie to sprawy nie rozstrzyga.

Sawicki. Badanie leukocytozy nie rozstrzyga wątpliwości. W danym przypadku gorączka mogła być następstwem rozpadu i ropienia w przestrzeni pozaozrownej. Za tem przemawia również okresowe powiększanie i zmniejszanie się guza.

Wogóle rozpoznanie różniczkowe guzów kątnicy jest trudne. Granica przyśrodkowa nowotworów złośliwych, jako trzymających się bardziej ściany kiszki, jest przeważnie mniej lub więcej jasno zarysowana, podczas gdy nowotworzenie gruczlicze, posiadające dążność do wrastania w kreskę kątnicy, — nie ma wyraźnie zaznaczonych konturów od strony przyśrodkowej.

Horodyński. Gorączka w danym przypadku jest niezrozumiała, ponieważ rozpadu guza nie było. Być może, iż przyczyną jej były toksyny.

Ciechomski. Guzy podobne przebiegają niekiedy bez objawów, jak tego dowodzi przypadek, dotyczący kobiety 62-letniej, operowanej z powodu guza wielkości pięści, w okolicy pęcherza żółciowego i z powodu żółtaczki.

Po otwarciu brzucha w pęcherzu znaleziono małe kamyki, a guz okazał się nowotworem okrężnicy wstępującej, umieszczonym bardzo wysoko. Guz usunięto, końce kiszki zespolono bocznie.

A. WERTHEIM.

Posiedzenie d. 10 lutego 1910 r.

1. *Horodyński W.* a) Pokaz chorego po wyluszczeniu sterczu, b) pokaz kamienia dużych rozmiarów, usuniętego z pęcherza mocz.

2. *Wertheim A.* Przedstawienie chorego po przeszczepieniu skóry na miejsce blizny po oparzeniu ręki.

3. *Oderfeld H* W sprawie skrętu esicy.

4. *Mincer A.* Przedstawienie 2 przypadków wodonercza.

5. *Groszlik S.* Pokaz: a) chorego oraz usuniętego gruczołu krokowego, b) gruczołu krokowego oraz 4 kamieni.

6. *Drosdowicz.* Pokaz zdjęć rentgenowskich czaszki prawidłowej i chorej, oraz kamieni nerkowych.

7. *Stankiewicz Cz.* Pokaz nowych narzędzi i materiałów opatrunkowych, wyjałowionych we Francji.

1. *W. Horodyński.* a) Przedstawia chorego, u którego przed miesiącem wykonał prostatectomiam transvesicaelem Freyera. Chory 74 letni zapisał się do kliniki chirurgicznej z powodu zaciśniętej lewostronnej przepukliny pachwinowej, lecz jednocześnie w wywiadach zaznaczył, iż od dłuższego już czasu ma zaburzenia w urynowaniu, mianowicie: częste urynowanie po trochu, z silnem parciem. W narządach wewnętrznych zmiany

właściwe wiekowi, gruczoł krokowy niewielki, twardy. 20-go listopada w uśpieniu chloroformowem wykonano doszczętną operację przepukliny według sposobu Bassiniego. Po operacji zaraz nastąpiło zupełne zatrzymanie moczu, które trwało około 3-ch tygodni. Następnie zaczął potrochu oddawać mocz, ale w ilości tak niedostatecznej, że dwa razy dziennie trzeba go było cewnikować. Wobec tego, że chory mieszka na wsi i nie ma pomocy lekarskiej na miejscu, postanowił H. wykonać wycięcie sterczu, tembardziej, że sam chory usilnie domagał się tego. W tym celu początkowo postarano się doprowadzić stan pęcherza do możliwej poprawy przez codzienne przemywanie i prawidłowe cewnikowanie. 8 stycznia r. b. w uśpieniu chloroformowem — cięcie nadłonowe, nacięcie tylnej ściany pęcherza, poza ujściem wewnętrznym cewki moczowej, wyłuszczenie lewego płata, później prawego. Do pęcherza włożono gruby sącdek o średnicy 1,5—2,0 ctm., jednopiętrowy szew na pęcherz, szew na mięśnie, powięź i skórę trzypiętrowy. Cała operacja trwała około 20 minut. Krwawienie z cewki i pęcherza w ciągu 2-ch dni umiarkowane. Cały przebieg pooperacyjny b. łagodny, bezgorączkowy, 6-go dnia po operacji przemywania pęcherza przez cewkę. 10-go usunięto sącdek z pęcherza i włożono cewnik na stałe. Po 4-ch tygodniach zagojenie zupełne. Chory oddaje mocz teraz dość często, z powodu istniejącego jeszcze niezytu pęcherza, lecz zalegającego moczu prawie że niema.

H. uważa wycięcie sterczu przezpęcherzowe za operację technicznie łatwą.

W. Horodyński b) przedstawia 17 letniego chłopca, u którego przez cięcie nadłonowe wyjął kamień wagi 170 grm. Pacjent od lat kilku miał częste oddawanie moczu, od pół roku zaś tak silne bóle i parcie na mocz, że nastąpiło mocne wycieńczenie chorego. Cewnik, wprowadzony do pęcherza mocz, trafia na przeszkodę nie do przebycia przez wtłoczony w ujście wewnętrzne cewki kamień. Chory nie utrzymuje najmniejszej ilości płynu, wstrzykiwanego do pęcherza. Przez odbytnicę wyczuwa się guz twardy, wielkości pięści. W uśpieniu chloroformowem: cięcie nadłonowe, pęcherz obciśnięty na kamieniu, który z trudnością dał się usunąć, przez wkliniowanie się do szyi pęcherza. Szew dwupiętrowy na pęcherz, częściowy na mięśnie i skórę, włożono pasek gazy. Szwy pęcherzowe puściły na 3-ci dzień, trzeba było wszystko rozpruć i goić ranę przez ropienie zwykłym sposobem. W trzecim tygodniu dwustronne zapalenie płuc, najprzód z lewej strony, później z prawej. Obecnie pęcherz mocz. zagojony, mocz oddaje dość często wskutek małej pojemności pęcherza i istniejącego jeszcze niezytu.

(Streścił mówca).

2. *Wertheim*. Pokaz chłopca 11 letniego, który w 1 roku życia oparzył sobie dłoń prawą rozżarzonym prętem żelaznym. Następstwem oparzenia była głęboka blizna, przebiegająca ukośnie od podstawy piątej kości śródreżca do trzeciego paliczka palca drugiego. Palec drugi przykurczony we wszystkich stawach, reszta palców w stawie śródreżczo-palczkowych.

W uśpieniu chloroformowem wycięto całą bliźnę. Ściegna zginaczów okazały się nienaruszonymi. Następnie z brzucha wycięto odpowiedni płat skórny na szypule z podstawą na linii pośrodkowej a wierzchołkiem w okolicy prawego grzebienia k. podłędźwiowej. Płat odwrócono na lewą stronę brzucha, przszyto do dłoni kilkoma szwami ze struny i całą kończynę przymocowano do brzucha opaską gipsową. Opatrunek zdjęto po 3 tygodniach. Płat przyrósł; szypulę przecięto i przszyto do dłoni. Rana brzuszna zagojona przez rychłozrost.

Obecnie płat przyrósł do dłoni całkowicie. Czucie w obrębie płata zachowane. Ruchy palców po kilkotygodniowej gimnastyce biernej — prawie zupełnie prawidłowe.

(Streścił mówca).

3. *Oderfeld*. Porusza sprawę skręcenia esicy, zwłaszcza przypadków, w których ta ostatnia uległa całkowitej zgorzeli. Przypominając dwa przypadki, podane przed rokiem, z których jeden zakończył się śmiercią, drugi wyzdrowieniem zupełnem, oświadczają, że w bieżącym roku operował tą samą metodą podobne trzy przypadki, z których dwa zakończyły się wyzdrowieniem, jeden zaś, operowany w stanie zupełnej zapaści, pomimo pomyślnego przebiegu operacji i zastosowania wszelkich możliwych środków, pobudzających działalność serca, zakończył się śmiertelnie.

We wszystkich tych przypadkach zastosowano jedną i tę samą metodę wyłączenia zgorzelinowego jelita na zewnątrz otrzewnej.

Pierwszy przypadek dotyczył mężczyzny 55 letniego, którego przywieziono do szpitala 8-go dnia choroby w stanie ciężkim, z dosyć dobrym tętnem. Przez powłoki brzucha widać mocno rozdętą pętlę w lewej połowie brzucha, zupełnie nieruchomą. Po otwarciu jamy brzusznej jelita pokryte szarym nalotem, z jamy brzusznej wydziela się niewielka ilość cuchnącego płynu; całą prawie lewą połowę brzucha zajmuje olbrzymio rozdęta pętla grubej kiszki, zielonego koloru, którą, po przedłużeniu cięcia brzusznego ku górze, wydobyto na zewnątrz. Pokazało się, że jest ona dwukrotnie skręcona dookoła własnej osi. Po ostrożnem odkręceniu i wypuszczeniu gazów przez włożony przed operacją do odbytnicy sączek, przekonano się, że zgorzel sięga bardzo głęboko do podstawy krezki. Postąpiono w ten sposób, że po osłonięciu od strony wewnętrznej paskami gazy całego zgorzelinowego jelita, to ostatnie przecięto i do części doprowadzającej włożono gruby sączek. W dalszym przebiegu pooperacyjnym części zgorzelinowe szybko oddzieliły się, części pozostałe nożycami odcięto, tak że po upływie 2—3 tygodni wytworzyła się nowa sztuczny odbył, przez który wydzielala się cała zawartość kiszki. Stan chorego szybko poprawiał się i po 8-iu tygodniach został wypisany z przetoką kałową. Obecnie, po czterech miesiącach pobytu w domu, powrócił do szpitala, domagając się zamknięcia odbytu sztucznego.

O tych właśnie przetokach pragnie O. poniżej pomówić:

Drugi przypadek dotyczył 30 kilkoletniej kobiety, przybytej do szpitala w lipcu r. z. t. j. w tym samym miesiącu, co i poprzedni przypadek. Chora ta podaje, że jest w czwartym miesiącu ciąży, a od sześciu dni nie

oddaje wiatrów ani stolca. Stan chorej jest bardzo ciężki, tętno słabe, oczy zapadłe, głos przytłumiony, a brzuch cały ogromnie wzdęty. I tu widać przez powłoki brzucha wzdęte pętle kiszki grubej, zupełnie nieruchomej, tak że rozpoznanie skręcenia esicy nie ulegało żadnej wątpliwości. Po wstrzyknięciu kilkunastu strzykawkę kamfory i znieczuleniu ogólnem eterowem niezwłocznie przystąpiono do operacji. W jamie brzusznej ropiasta ciecz w znacznej ilości, jelita pokryte na dużej przestrzeni nalotem włóknikowym, tak że mieliśmy niewątpliwie do czynienia z rozlanem na dużej przestrzeni zapaleniem otrzewnej. Mocno rozdętą esicę koloru zielonego wydobyto nazewnątrz i uwolniono od skręcenia półtorarazowego u podstawy. Ponieważ gazy ulotniły się przez otwór, powstały przy odkręcaniu kiszki, przeto pospiesznie wykonano tamponację i zostawiono jelito nazewnątrz.

Górną część rany zaszyto szwem jednopiętrowym. Stan chorej był tak ciężki a zmiany znalezione w brzuchu tak poważne, że przypadek nie budził nadziei utrzymania pacjentki przy życiu. Tem niemniej zastosowano najenergiczniejszą pomoc w postaci wśródżylnych wstrzykiwań roztworu fizyologicznego soli wraz z adrenaliną. Chora powoli wracała do zdrowia i w październiku wyjechała z przetoką kałową do domu. W końcu grudnia wróciła do Warszawy dla odbycia położu. Nastąpiło to w początkach stycznia. Na linii środkowej widzimy przetokę, przez którą wydziela się kał. Przez odbytnicę nic nie wychodzi. Jeśli palcem badamy przetokę, to wyczuć można otwór doprowadzający i odprowadzający, a między nimi przegrodę.

Wracając do przetoki w pierwszym przypadku, to ulegając naleganiom chorego i przystępując do operacji zamknięcia przetoki, O. przewidywał teoretycznie nieprzewzyciężone trudności, jakie wykonanie tego zabiegu w podobnych okolicznościach przedstawiać powinno. Wszak znaleziono podczas pierwszej operacji, że zgorzel esicy sięgała bardzo głęboko, nieomal do prostnicy, przetoka więc, po oddzieleniu się wszystkich zgorzelinowych części, leżeć musi bardzo głęboko i nieruchomo. I w istocie, po wykonaniu cięcia równoległego do przetoki, natrafiono na masę jelit cienkich, zrosniętych ze sobą.

W pośrodku owych jelit wytworzył się bliznowaty kanał, przez który kał z przetoki wychodzi na zewnątrz. Długość tego kanału wynosi 5—6 cm. Sama przetoka, wzgl. oba otwory kiszki grubej leżą w głębi i w odległości jeden od drugiego na 2 cm. O uruchomieniu odcinków kiszki w celu wykonania spojenia lub innego odpowiedniego zabiegu mowy być nie mogło, wobec czego O. sądził, że najlepszym wynikiem będzie, jeśli otrzyma status quo ante i dla tego obtamponowawszy przetokę, ranę brzuszną zaszył. W istocie stan rzeczy wracał prawie do poprzedniego, ale, niestety, w końcu drugiego tygodnia stan ogólny chorego zaczął pogarszać się, ciepłota podnosiła się do 38,5° i w czwartym tygodniu chory zmarł. Oglądając zwłoki znaleziono, że zmiany miejscowe nie przedstawiały nic nieprawidłowego, a w obu płucach zapalenie zastoinowe.

Przypadek ten jest, zdaniem O., wielce pouczający i stanowi wskazówkę do postępowania na przyszłość w podobnych przypadkach. O. wy-

prowadza następujące wnioski: 1) Operacja wydalenia nazewnątrz całej zgorzelinowej esicy w przypadkach skręcenia jest jedyną, najpewniejszą metodą. 2) Ujemną jej stroną jest wyleczenie z przetoką kałową. Co do omawianych przetok, to, zdaniem O., przedstawiają one nieprzewyciężone trudności operacyjne dla doszczętnego wyleczenia i dla tego, o ile nie goją się same, nie należy się spieszyć z operacją. Pomimo dzisiejszej bądź co bądź wysokiej techniki, nie prowadzi ona do celu. Jedyną nadzieję stanowi enterotom; po usunięciu przegrody (ostrogi) enterotomem możliwe jest samoistne zablźnienie się. Ten rękoczyn zamierza O. zastosować w drugim przedstawionym przypadku.

O. zwraca uwagę, że już po pierwszej operacji w okresie gojenia się rany należy zakładać enterotom, gdyż później, skoro wytworzyło się naokoło przetoki sporo tkanki bliznowatej, samoistne zablźnienie się jest mniej prawdopodobne.

Kryński. Wnioski kol. O. odnośnie przypadku pierwszego grzeszą może zbyt pesymizmem. Istnieją wszak sposoby zapobiegania takiemu rozsunięciu się końców kiszki, jakie miało miejsce w jego przypadku. Należy, przed wyłonieniem zmartwiałej pętli, zbliżyć możliwie odcinki zdrowe kiszki. Zresztą można w tych przypadkach połączyć unieruchomione w głębi końce kiszki za pomocą wyciętej pętli jelita cienkiego.

Borzymowski. Stan ogólny chorej, przedstawionej przed chwilą, jest tak dobry, odcinki kiszki leżą tak blisko, że zabieg nie będzie tu chyba przedstawiał znacznych trudności. W każdym razie przed operacją należy przetokę kałową doprowadzić do takiego stanu, ażeby ziarnina miała wygląd zupełnie zdrowej, a wydzielina ropna była skąpa.

Oderfeld. W przypadku pierwszym zbliżenie zdrowych odcinków kiszki z powodu znacznej głębokości nie było możliwe. Również i wykonanie proponowanej przez kol. Kryńskiego znanej zresztą operacji wytwórczej — z powodu unieruchomienia odcinków na kręgosłupie — i braku krezki O. uważa za niemożliwe. Co się tyczy przypadku drugiego, liczy O. na dobry wynik zastosowania enterotomu.

4. *Mincer* przedstawia dwa przypadki wodonercza, operowane przez niego w oddziale szpitalnym w ostatnich paru tygodniach.

Przypadek pierwszy dotyczy mężczyzny lat 29, byłego żołnierza, operowanego w dniu 22 grudnia roku zeszłego. Z wywiadów chorego należy zwrócić uwagę na następujące momenty: a) 6 lat temu chory upadł na brzeg kubła, uderzył się silnie w lewy bok, zemdłał; po paru dniach czuł się zupełnie dobrze; b) 5 lat temu bez zupełnej przyczyny zjawił się obfity krwiomocz, który po paru dniach ustąpił bez żadnego leczenia; c) 2 lata temu podczas tańca powtórnym krwiomocz, trwający 8 dni; krwiomocz ustąpił po zastosowaniu mlecznego pożywienia i używania wewnętrznych leków; d) 3 tygodnie temu wypadkowe uderzenie kłonicą w lewy bok, tegoż dnia krwiomocz, który trwa do chwili obecnej.

Badanie chorego wykazało: okolice nerek, moczowodów i pęcherza niebolesne; w lewym podżebrzu guz duży, miękki, bez wyraźnych granic, bezpośrednio przylegający do przednio-bocznej lewej brzusznej ściany, mający charakter guza więcej brzusz nego, niż lędźwiowego. Cewka u ze-

wnętrznego otworu mocno zwężona (meatotomia); pojemność pęcherza 300 ctm³. Cystoskopia: błona śluzowa pęcherza prawidłowa, z lewego moczowodu wypływa krwawy moc. Cewnikowania moczowodów nie udało się zrobić, a to z powodu niemożności wprowadzenia do pęcherza, nawet po uspianiu chloroformowem chorego, odpowiedniego cystoskopu. (Zwyczajny cystoskop wchodził do pęcherza bardzo swobodnie). Wynik rozbioru moczu był następujący: białka 1‰, dużo śluzu, niewiele nabłonek z pęcherza i górnych dróg moczowych, 3—4 leukocyty na polu widzenia, czerwone ciała krwi, dużo cylindroidów, sporo wałeczków nabłonkowych i z czerwonych ciałek krwi. Ilość dobową moczu 1500—1600 ctm³. Promienie *x* wykazały jakoby powiększenie lewej nerki. Rozpoznanie kliniczne cierpienia—guz krwawiący lewej nerki. Operacja: uspianie chorego skombinowane — 2 dawki skopolaminy z morfiną i chloroform; cięcie skórne — skośne, szerokie; wycięcie 12 żebra na przestrzeni 1 — 2 ctm., oddzielenie guza od sąsiednich narządów na tępo, wyważenie guza i podwiązanie szypuły; zostawienie w ranie trzech długich pasów gazy; zeszcycie mięśni, powięzi i skóry oddzielnie. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy i bez żadnych powikłań. Ilość dobową moczu prawie ta sama, co i przed operacją. Rozbiór moczu w dniu 30 grudnia wykazał: ciężar wł. 1024, oddziaływanie kwaśne, dużo nabłonek z pęcherza, po parę leukocytów na polu widzenia, czerwonych ciałek krwi niewiele, kwas moczowy bardzo obfity, białka niema.

Wydobyty guz nerki przedstawia okrągławy twór torbielowaty o nierównej powierzchni, opatrzony nierównymi wyniosłościami, półkulistemi o cienkiej, przeświecającej ścianie, napelniony brunatno-mętnawą cieczą; twór składa się z dwóch części — miedniczkowej i nerkowej, rozdzielonych bardzo wyraźną linią graniczną. Rozmiary guza: długość 33 ctm., grubość i szerokość po 16 ctm, największy obwód 81 ctm. Przez otwór przedarcia w ścianie guza po wylaniu się zawartości widać, że guz nie przedstawia jednej wielkiej jamy, lecz podzielony jest szeregiem przegród na oddzielne kieszonki, łączące się ze sobą za pomocą mniejszych lub większych otworów. W niektórych miejscach przegroda (resztki columnae Bertini) wskutek wzmożonego ciśnienia płynu uległa zupełnemu lub częściowemu zanikowi, wskutek czego dwie sąsiadujące jamy zlewają się w jedną. Na dolnej powierzchni guza w miejscu, odpowiadającym wnęce, widać moczowód bliznowato zwężony, prawdopodobnie, wskutek stanu zapalnego (periureteritis), najcieńszego zgłębnika nie udało się przeprowadzić przez miejsce zwężone. Moczowód znajduje się w środku niezmiernie rozszerzonej miedniczki, po obu stronach której widać resztki tkanki nerkowej. (Guz pod względem anatomo-patologicznym zbadany był przez dr. Lorentowicza).

W opisanym powyżej przypadku niewątpliwą, zdaje się, przyczyną powstania wodonercza było zwężenie moczowodu, jako skutek urazu, któremu uległ chory 6 lat temu.

Drugi przypadek wodonercza dotyczy mężczyzny lat 57, operowanego w dniu 31 stycznia r. b.

Z opowiadań chorego widać, że cierpienie trwało około 14 lat i zaczęło się przemijającymi bólami w lewym boku; w ostatnich dopiero latach

prowadza następujące wnioski: 1) Operacja wydalania nazewnątrz całej zgorzelinowej esicy w przypadkach skręcenia jest jedyną, najpewniejszą metodą. 2) Ujemną jej stroną jest wyleczenie z przetoką kałową. Co do omawianych przetok, to, zdaniem O., przedstawiają one nieprzewyciężone trudności operacyjne dla doszczętnego wyleczenia i dla tego, o ile nie goją się same, nie należy się spieszyć z operacją. Pomimo dzisiejszej bądź co bądź wysokiej techniki, nie prowadzi ona do celu. Jedyną nadzieję stanowi enterotom; po usunięciu przegrody (ostrogi) enterotomem możliwe jest samoistne zablźnienie się. Ten rękoczyn zamierza O. zastosować w drugim przedstawionym przypadku.

O. zwraca uwagę, że już po pierwszej operacji w okresie gojenia się rany należy zakładać enterotom, gdyż później, skoro wytworzyło się naokoło przetoki sporo tkanki bliznowatej, samoistne zablźnienie się jest mniej prawdopodobne.

Kryński. Wnioski kol. O. odnośnie przypadku pierwszego grzeszą może zbyt pesymizmem. Istnieją wszak sposoby zapobiegania takiemu rozsunięciu się końców kiszki, jakie miało miejsce w jego przypadku. Należy, przed wyłonieniem zmartwiałej pętli, zbliżyć możliwie odcinki zdrowe kiszki. Zresztą można w tych przypadkach połączyć unieruchomione w głębi końce kiszki za pomocą wyciętej pętli jelita cienkiego.

Borzymowski. Stan ogólny chorej, przedstawionej przed chwilą, jest tak dobry, odcinki kiszki leżą tak blisko, że zabieg nie będzie tu chyba przedstawiał znacznych trudności. W każdym razie przed operacją należy przetokę kałową doprowadzić do takiego stanu, ażeby ziarnina miała wygląd zupełnie zdrowej, a wydzielina ropna była skąpa.

Oderfeld. W przypadku pierwszym zbliżenie zdrowych odcinków kiszki z powodu znacznej głębokości nie było możliwe. Również i wykonanie proponowanej przez kol. Kryńskiego znanej zresztą operacji wytwórczej — z powodu unieruchomienia odcinków na kręgosłupie — i braku krezki O. uważa za niemożliwe. Co się tyczy przypadku drugiego, liczy O. na dobry wynik zastosowania enterotomu.

4. *Mincer* przedstawia dwa przypadki wodonercza, operowane przez niego w oddziale szpitalnym w ostatnich paru tygodniach.

Przypadek pierwszy dotyczy mężczyzny lat 29, byłego żołnierza, operowanego w dniu 22 grudnia roku zeszłego. Z wywiadów chorego należy zwrócić uwagę na następujące momenty: a) 6 lat temu chory upadł na brzeg kubła, uderzył się silnie w lewy bok, zemdłał; po paru dniach czuł się zupełnie dobrze; b) 5 lat temu bez zupełnej przyczyny zjawił się obfity krwiomocz, który po paru dniach ustąpił bez żadnego leczenia; c) 2 lata temu podczas tańca powtórny krwiomocz, trwający 8 dni; krwiomocz ustąpił po zastosowaniu mlecznego pożywienia i używania wewnętrznych leków; d) 3 tygodnie temu wypadkowe uderzenie kłonicą w lewy bok, tegoż dnia krwiomocz, który trwa do chwili obecnej.

Badanie chorego wykazało: okolice nerek, moczowodów i pęcherza niebolesne; w lewym podżebrzu guz duży, miękki, bez wyraźnych granic, bezpośrednio przylegający do przednio-bocznej lewej brzusznej ściany, mający charakter guza więcej brzuszego, niż lędźwiowego. Cewka u ze-

wnętrznego otworu mocno zwężona (meatotomia); pojemność pęcherza 300 ctm³. Cystoskopia: błona śluzowa pęcherza prawidłowa, z lewego moczowodu wypływa krwawy mocz. Cewnikowania moczowodów nie udało się zrobić, a to z powodu niemożności wprowadzenia do pęcherza, nawet po uspianiu chloroformowem chorego, odpowiedniego cystoskopu. (Zwyczajny cystoskop wchodził do pęcherza bardzo swobodnie). Wynik rozbioru moczu był następujący: białka 1⁰/₀₀, dużo śluzu, niewiele nabłonek z pęcherza i górnych dróg moczowych, 3—4 leukocyty na polu widzenia, czerwone ciała krwi, dużo cylindroidów, sporo walczków nabłonkowych i z czerwonych ciałek krwi. Ilość dobową moczu 1500—1600 ctm³. Promienie x wykazały jakoby powiększenie lewej nerki. Rozpoznanie kliniczne cierpienia—guz krwawiący lewej nerki. Operacja: uspianie chorego skombinowane — 2 dawki skopolaminy z morfiną i chloroform; cięcie skórne — skośne, szerokie; wycięcie 12 żebra na przestrzeni 1 — 2 ctm., oddzielenie guza od sąsiednich narządów na tępo, wyważenie guza i podwiązanie szypuły; zostawienie w ranie trzech długich pasów gazy; zeszcycie mięśni, powięzi i skóry oddzielnie. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy i bez żadnych powikłań. Ilość dobową moczu prawie ta sama, co i przed operacją. Rozbiór moczu w dniu 30 grudnia wykazał: ciężar wł. 1024, oddziaływanie kwaśne, dużo nabłonek z pęcherza, po parę leukocytów na polu widzenia, czerwonych ciałek krwi niewiele, kwas moczowy bardzo obfity, białka niema.

Wydobyty guz nerki przedstawia okrągławy twór torbielowaty o nierównej powierzchni, opatrzony nierównymi wyniosłościami, półkulistemi o cienkiej, przeświecającej ścianie, napelniony brunatno-mętnawą cieczą; twór składa się z dwóch części — miedniczkowej i nerkowej, rozdzielonych bardzo wyraźną linią graniczną. Rozmiary guza: długość 33 ctm., grubość i szerokość po 16 ctm, największy obwód 81 ctm. Przez otwór przedarcia w ścianie guza po wylaniu się zawartości widać, że guz nie przedstawia jednej wielkiej jamy, lecz podzielony jest szeregiem przegród na oddzielne kieszonki, łączące się ze sobą za pomocą mniejszych lub większych otworów. W niektórych miejscach przegroda (resztki columnae Bertini) wskutek wzmożonego ciśnienia płynu uległa zupełnemu lub częściowemu zanikowi, wskutek czego dwie sąsiadujące jamy zlewają się w jedną. Na dolnej powierzchni guza w miejscu, odpowiadającym wnęce, widać moczowód bliznowato zwężony, prawdopodobnie, wskutek stanu zapalnego (periureteritis), najcięższego zgłębnika nie udało się przeprowadzić przez miejsce zwężone. Moczowód znajduje się w środku niezmiernie rozszerzonej miedniczki, po obu stronach której widać resztki tkanki nerkowej. (Guz pod względem anatomo-patologicznym zbadany był przez dr. Lorentowicza).

W opisanym powyżej przypadku niewątpliwa, zdaje się, przyczyną powstania wodonercza było zwężenie moczowodu, jako skutek urazu, któremu uległ chory 6 lat temu.

Drugi przypadek wodonercza dotyczy mężczyzny lat 57, operowanego w dniu 31 stycznia r. b.

Z opowiadań chorego widać, że cierpienie trwało około 14 lat i zaczęło się przemijającymi bólami w lewym boku; w ostatnich dopiero latach

oóle nabrały charakteru stałego; nadto chory dodaje, że w czasie zwiększania się bólów w boku mocz odchodził w mniejszej ilości i odwrotnie, po znikaniu bólów ilość moczu zwiększała się nadmiernie. Raz jeden tylko zjawił się krwimocz i trwał około dwóch miesięcy.

Okolice lewej nerki przy dwuręcznym badaniu bolesne, sama zaś nerka wyczuwalna, dość znacznie powiększona. Dwukrotne prześwietlenie chorego promieniami x wykazało obecność w lewej nerce kamienia. Ponieważ podczas operacji znaleziono nerkę w postaci guza nieco mniejszego, niż główka noworodka, guza napełnionego płynem z zupełnym zanikiem tkanki nerkowej prócz nieznacznej części bieguna dolnego, gdzie treść nerki była zachowana, przeto nerkę usunięto także sposobem pozaotrzewnowym. Na posiedzeniu guz przecięto i znaleziono w nim kamień wielkości orzecha włoskiego, wklinowany w górny otwór lewego moczowodu. Miedniczka nerkowa rozszerzona, a w części nerkowej guza znaleziono te same charakterystyczne dla wodonercza zmiany, jak i w pierwszym przypadku, tylko rozwinięte w znacznie mniejszym stopniu.

Z opowiadań chorego należy wnosić, że z początku było wodonercze przemijające, później dopiero przeszło w stałe.

Oprócz tego Mincer przedstawia kamyczek wielkości zielonego groszku, usunięty w dniu 25 stycznia r. b. z lewej nerki chorego. Rozpoznanie cierpienia i tak wczesne usunięcie takowego zawdzięczać należy dokładnym zdjęciom rentgenowskim, które parokrotnie były robione w pracowni szpitala Ś-go Ducha przez dr. Drozdowicza.

(Streścił mówca).

Kryński. Według Mincera, za przyczynę wodonercza w przypadku pierwszym uważać należy uraz. Jednakże wobec zupełnego braku elementów nerkowych zachodzi pytanie, czy cierpieniem pierwotnym nie było zwyrodnienie torbielowate nerki; urazy późniejsze były powodem wynaczenia w torbielach i rozkładu krwi skrzepłej. Na korzyść przypuszczenia powyższego przemawia też barwa brunatna zawartości wodonercza. Wątpliwą jest rzeczą, czy sam uraz mógł wywołać tak znaczny zanik nerki.

Mincer. Przeciw zwyrodnieniu torbielowatemu przemawia zachowanie symetrii w budowie nerki: części miększu niezniszczonego rozmieszczone są symetrycznie. Wywiady również przemawiają na korzyść urazowego pochodzenia wodonercza.

Groszlik. Dopiero dalszy przebieg rozstrzygnie, czy w danym przypadku mleliśmy do czynienia ze zwyrodnieniem torbielowatym, czy też z wodonerczem. Degeneratio cystica dotyczy zazwyczaj obu nerek, tu zaś druga nerka najwidoczniej jest zdrowa, i dlatego przypuszczenie wodonercza czystego wydaje się prawdopodobniejszem. Dalej torbiele nerki wielokomorowej łączą się zazwyczaj pomiędzy sobą, tu zaś objawu tego nie mamy.

Horodyński. Podziela zdanie Kryńskiego. Co się tyczy wpływu urazu na powstanie wodonercza, to trudno przypuścić, ażeby następstwem uderzenia miało być uszkodzenie moczowodu, lepiej osłoniętego, niż nerka, która w tych razach daleko więcej bywa wystawiona na urazy zewnętrzne.

Fryszman. Przeciwno zwyrodnieniu torbielowatemu przemawia ta okoliczność, że komory zlewają się pomiędzy sobą. Przyczynę wodonercza słusznie upatrywać musimy w zwężeniu moczowodu, który w przypadkach typowego „rein polykystique“ posiada światło prawidłowe. Skłania się F. do przypuszczenia, że sprawą pierwotną było endoureteritis, a nie periureteritis, ponieważ dokoła moczowodu zrostów zapalnych nie stwierdzono.

Leśniowski zgadza się ze zdaniem Fryszmana. Rozstrzygnięcie jednak pytania, czy powodem zwężenia moczowodu był uraz, czy jakaś sprawa zapalna w ścianie moczowodu — jest obecnie trudne.

Krauze. Referat kol. Mincera zupełnie nie odpowiada obrazowi zwyrodnienia torbielowatego. To ostatnie spotyka się przeważnie w obu nerkach i nigdy nie powinno stanowić wskazania do operacji. Tej zasady trzyma się dotychczas bezwzględnie np. Israel. Przyczyna zwężenia moczowodu w danym przypadku nie jest jasna.

Sawicki. Następstwem urazu bywa zwykle wodonercze rzekome wskutek pęknięcia miedniczki, jednakże istnieją prace, dowodzące, że uraz nerki wywołać może również wodonercze właściwe. W przypadku Mincera uraz nie należał do najcięższych, a pomimo to mógł doprowadzić do wtórnego bliznowatego zwężenia moczowodu. Wartoby miejsce zwężenia poddać badaniu mikroskopowemu.

Kryński. Byłoby rzeczą ryzykowną wiązać uraz z obrazem opisanym przez M. Uraz sam przez się był lekki, ale trafił na nerkę zmienioną patologicznie i dlatego powstało wynaczynienie i krwimocz. Zamknięcia całkowitego moczowodu nie było; zachodzi więc pytanie, dlaczego wodonercze dosięgło tak znacznych rozmiarów? Należy przeto przypuszczać, że przyczyną powiększenia było zwyrodnienie torbielowate.

Fryszman. Istotnie, moczowód nie był tu całkowicie zatkany, ale właśnie te wodonercza otwarte bywają zwykle ogromne, podczas gdy zamknięte oraz nerka torbielowata rzadko kiedy dosięgają rozmiarów tak potężnych, które przemawiają stanowczo na korzyść wodonercza.

Mincer. Nie utrzymuje, że przyczyną zwężenia moczowodu stanowczo był uraz, a nie zapalenie tkanki dokoła moczowodu. Wygląd nerki, dotkniętej zwyrodnieniem torbielowatym, jest inny. Cierpienie to występuje w obu nerkach, tu zaś, jak tego dowodzi rozbiór moczu po operacji, druga nerka jest zdrowa, co bezwarunkowo przemawia przeciwko „rein polykystique“.

5. S. Groszlik przedstawił pacyenta po wyluszczeniu gruczołu krokowego sposobem Freyera. Pacjent P. lat 65 liczący, został skierowany do mówcy przez kol. Rogozińskiego z Radomia, który przed miesiącem stwierdził zatrzymanie moczu niezupełne przewlekłe i wypuścił za pomocą cewnika przeszło litr moczu przezroczystego. Po tym zabiegu nastąpiło zatrzymanie moczu zupełne, i chory, który do tego czasu mógł jeszcze oddawać acz z trudnością trochę moczu, zmuszony był odtąd stale posługiwać się cewnikiem. Po tygodniu pokazały się w moczu znaczne ilości ropy, która to zniknęła, to zjawiała się ponownie pomimo starannego płukania pęcherza, tak że powstało podejrzenie, że nastąpiło zakażenie górnych odcinków dróg moczowych

Po dokładnem opróżnieniu i wypłukaniu pęcherza znaleziono od strony odbytnicy gruczoł krokowy znacznie mniejszy, niż prawidłowy. Oglądanie wnętrza pęcherza za pomocą cystoskopu wykazuje nierówności i zgrubienia w przedniej części fałdu przejściowego oraz z boków, u dołu zaś widać nieznacznych rozmiarów twór, który robi wrażenie zraza środkowego. Błona śluzowa pęcherza zaczerwieniona, miejscami pokryta strzępami ropnymi, silnie rozwinięte belecзки, wśród których bardzo liczne uchylki rozmaitej wielkości. Otwory moczowodów z trudnością dają się odszukać, są jednak niezmiennione i przepuszczają mocz zupełnie przezroczyście.

G. rozpoznał całkowite zatrzymanie moczu, spowodowane zmianami w obrębie gruczołu krokowego. Ponieważ stan obecny rozwinął się w następstwie długotrwałej niedomogi pęcherza, która nie daje żadnych widoków poprawy bez uciekania się do noża, chory zaś pragnął za wszelką cenę uwolnić się od cewnika, mówca zaproponował operację, na którą pacjent chętnie zgodził się.

Prostatectomia suprapubica d. 18. XII. 09. Przez trzy dni przed operacją chory dostawał po 3,0 calcii chlorati na dobę, pęcherz był przemywany starannie po dwa razy dziennie. W uspieniu chloroformem mówca otworzył pęcherz i stwierdził, że otwór wewnętrzny cewki moczowej zamknięty był od strony pęcherza przez poprzecznie usadowiony płat środkowy, który w kształcie kłapy wyrastał z tylnego obwodu otworu. Z obu stron tej kłapy zlekka zarysowywały się oba zrazy boczne gruczołu, każdy mniej więcej wielkości orzecha laskowego. Cięciem poprzecznym rozłupano błonę śluzową pęcherza tuż pod otworem wewnętrznym cewki, w powstałą w ten sposób szparę wprowadzono palec wskazujący prawej ręki, wskazicielem zaś lewym pomagano sobie od strony kiszki. Odłuszczenie gruczołu odbywało się z wielkim mozołem, jak to zwykle się dzieje w przypadku gruczołów małych mocno zrośniętych z cewką moczową. Pomimo to cewka została nienaruszoną, zrazy gruczołu wydobywano kolejno, najpierw prawy, później lewy, w końcu zaś środkowy. Krwawienie było minimalne. Górną połowę rany pęcherzowej zaszyto szwem strunowym, w pozostały otwór wstawiono sącdek Freyera, ranę powłok brzusznych zamknięto i nałożono opatrunek szczelny.

Przebieg pooperacyjny bez szczególnych powikłań. W ciągu pierwszych 10 dni ciepłota wahała się między 37,5 — 38,3° z powodu niezżytego zapalenia płuc przy tętnie 40—60, poczem spadła do normy. Szew usunięto czwartego dnia i zastąpiono syfonem, który pozostawiono w pęcherzu do dziesiątego dnia, następnie wprowadzono cewnik na stałe. Każda zmiana cewnika powodowała krótkotrwałą gorączkę, która niekiedy dochodziła do 39°. Opatrunki zmieniano początkowo dwa razy, później przy cewniku na stałe raz dziennie. Ogólny stan i łaknienie przez cały okres pooperacyjny wyborne. Mocz zaczął odchodzić drogą zwykłą 20-go dnia po operacji, zagojenie rany pęcherzowej nastąpiło w piątym, powłok brzusznych w szóstym tygodniu po operacji. Chory oddaje teraz mocz 4 — 5 razy dziennie, bez wysiłku, strumieniem grubym. Kilkakrotne próby za pomocą cewnika dowiodły, że pęcherz opróżnia się doszczętnie.

Wydobyty gruczoł krokowy waży wszystkiego 7 gr., jest zatem prze-

szło dwa razy mniejszy, niż prawidłowy. Nie ulega wątpliwości, że przyczyną zaburzeń pęcherzowych był tu zraz środkowy, który zamykał otwór wewnętrzny cewki moczowej i tworzył nieprzewycięzoną przeszkodę dla strumienia moczu.

(Streszczenie własne).

5. S. Groszlik przedstawił gruczoł krokowy wagi 27 gr. i cztery kamycki wagi 2 gr., usunięte d. 5 lutego z pęcherza starca 70 letniego, przyczem opowiedział następującą historję choroby. Przed 6 laty pacjent I. G. po długich zaburzeniach pęcherzowych dostał po raz pierwszy całkowitego zatrzymania moczu skutkiem przerostu sterczu. Po kilkotygodniowym leczeniu systematycznym cewnikowaniem, cewnikiem na stałe i płukaniem pęcherz wrócił do stanu prawidłowego, i w ciągu następnych trzech lat chory nie doznawał żadnych dolegliwości, w czwartym roku znów zjawily się trudności w urynowaniu, które stopniowo wzmagaly się, aż w końcu r. 1907 wystąpiło całkowite zatrzymanie moczu. Ponieważ lekarze miejscowi nie mogli wprowadzić cewnika, chory przyjechał do Warszawy po 36 godzinnym zatrzymaniu moczu, i dopiero tu mówca opróżnił pęcherz za pomocą cewnika metalowego.

Po 5 tygodniowym leczeniu stan pęcherza o tyle poprawił się, że chory mógł oddawać mocz dobrowolnie we dnie, w nocy zaś musiał częstokroć posługiwać się cewnikiem. W lecie r. 1909 chory znów przyjechał do Warszawy ze skargami na bardzo częste parcie na mocz i ciągłe bóle w końcu prąca. Badanie wykazało powiększenie gruczołu krokowego, pęcherz beleczkowaty i błona śluzowa zaczerwieniona i obrzmiała, liczne uchyłki i dwa kamycki wielkości orzecha laskowego. Po odpowiednim przygotowaniu mówca skruszył kamienie bez usypiania, co przedstawiało niemałe trudności, gdyż kamienie leżały w głębokim uchyłku poza gruczołem krokowym. Po operacyi bóle uspokoiły się, trudności jednak w oddawaniu moczu pozostały nadal. W październiku tegoż roku badanie za pomocą wziernika znów wykryło obecność w pęcherzu dwóch tej samej wielkości kamyków, które zostały niebawem skruszone również bez usypiania. Zarówno w pierwszym razie, jak i teraz kamyki składały się z fosforanów. Bardzo dokładne badanie cystoskopem wykazało, że kamienie zostały usunięte doszczętnie, pomimo to jednak poprawa była nieznaczna.

W styczniu r. b., gdy bóle i trudności w urynowaniu dobiegły mocnego napięcia, gdy wystąpiło obrzmienie lewego jądra i ból w prawej okolicy nerkowej, ciepłota zaś podniosła się do 39°, chory po raz piąty przyjechał do Warszawy; wówczas mówca stwierdził stan następujący: Prawa nerka powiększona, bolesna, lewe jądro powiększone, t. 39°, mocz mętny, zawierający dużo ropy, gruczoł krokowy powiększony, w pęcherzu cztery kamyki, z których trzy wielkości orzecha laskowego, czwarty zaś ziarna prosa, oddawanie moczu bardzo trudne, niezwykle częste i bolesne. Ponieważ gorączka trwała, mówca ograniczył się tymczasem do leczenia objawowego, które wreszcie po upływie trzech tygodni doprowadziło do tego, że bolesność i obrzmienie nerki oraz przyjądrza ustąpiły, ciepłota spadła do 36,8° i stan ogólny poprawił się. Dnia 9-go lutego prostatectomia supra-

pubica. Po otworzeniu pęcherza i usunięciu kamyków stwierdzono, że gruczoł krokowy wraz z częścią krokową cewki moczowej tworzy cylinder, sterzący do jamy pęcherza w kształcie portionis vaginalis uteri.

Cięcie koliste błony śluzowej u podstawy cylindra i wyluszczenie gr. krokowego w sposób zwykły. Po zatrzymaniu dość obfitego krwawienia szew górnej połowy rany pęcherzowej, sączek Freyera i szew powłok brzusznych powyżej drenu; opatrunek.

Przebieg pooperacyjny, jakkolwiek bezgorączkowy, budził jednak obawę z tego powodu, że chory nazajutrz po operacji dostał gwałtownej czkawki i wymiotów, które nie opuszczają go ani na chwilę, skutkiem czego odżywianie prawidłowe jest zupełnie niemożliwe. Dziś t. j. szóstego dnia po operacji stan ten trwa w dalszym ciągu bez żadnej zmiany, i wszelkie wysiłki, aby położyć kres tym ciężkim objawom, pozostały dotychczas bezowocnymi *).

(Streszczenie własne).

Kryński: Zwraca się przeciwko pokazom chorych operowanych, u których nic nie widać, prócz blizny operacyjnej. Już w roku 1905 Albarran, wygłaszając zdanie: les resultats des prostatectomies sont presque trop bons, wyraził obawę, czy wyniki operacji nie są pokazywane zbyt wcześnie. Pożądane są pokazy chorych w pół roku lub rok po operacji. Co się zaś tyczy specjalnie pierwszego przypadku Groszlika, to nie jest zupełnie przekonywający — ze względu na zanik gruczołu usuniętego. Dobry wynik operacji należałoby raczej przypisać wtórnemu przymocowaniu pęcherza do przedniej ściany brzusznej, jakie wytworzyło się niezależnie od usunięcia sterczu. Chcąc wyłączyć dodatni wpływ cystopeksyi na poprawę sprawności pęcherza, powinien kol. Groszlik w przypadku zaniku gruczołu krokowego usunąć go na drodze kroczej.

Oderfeld. Na dowód, że cystopeksya, względnie przyrost pęcherza do ściany brzusznej, nie zapewniają tych korzyści, o których wspomina Kryński, przytacza przypadek, w którym operację, mającą na celu usunięcie małego gruczołu krokowego przez pęcherz, musiał przerwać z powodu niemożności wyluszczenia gruczołu. Pęcherz zostawił otwarty, wykonał więc rodzaj cystopeksyi, a pomimo to chory nie doznał później żadnej ulgi, i sprawności pęcherza nie odzyskał.

Groszlik prostuje słowa Kryńskiego, dotyczące uwagi Albarrana co do wartości prostatektomii, uwaga ta bowiem wypowiedziana była w r. 1905 pod adresem prostatektomii kroczej, nie zaś nadłonowej czyli Freyera, której w owym czasie Albarran wcale jeszcze nie stosował. Obecnie metoda Freyera wywalczyła sobie uznanie całego świata, i wszyscy ci, co do niedawna jeszcze wyluszczały gruczoł krokowy przez krocze, zarzucili

*) Przypisek autora. Powyższe objawy mocznicowe trwały bez przerwy w ciągu dni 19 i zupełnie wyczerpały chorego. Odżywianie odbywało się przez odbytnicę. Część zaszytej rany zagoiła się doraźnie, natomiast rana po usunięciu drenu inkrustowała się obficie solami fosforanowymi. Ciepłota przez cały czas była prawidłowa. Stan ogólny pogarszał się z dniem każdym i d. 25 lutego nastąpiło zejście śmiertelne.

ten sposób operowania, ponieważ często uszkodzono kışkę podczas operacyi, a nieraz występowała po operacyi zgorzel kışzki skutkiem zbyt rozległego odłuszczenia tkanek otaczających. Chorych takich Groszlik widział w stanie rozpaczliwym, z kloakami, z których wydzielał się kał i mocz, i to go odstraszało od operowania przez krocze. Nadto po operacyi kroczej często daje się spostrzegać nietrzymanie moczu wskutek uszkodzenia części błoniastej cewki moczowej, i to właśnie miał na względzie Albarran, mówiąc, że wyniki tej operacyi są „za dobre”, gdyż nietrzymanie moczu jest kalectwem może bardziej dokuczliwym, niż zatrzymanie, przeciw któremu operacya była skierowana. Natomiast metoda Freyera daje łatwy dostęp do gruczołu, przy umiejętnem operowaniu nie ma obawy zranienia narządów sąsiednich, w szczególności zaś części błoniastej cewki, a w wyniku ostatecznym otrzymujemy zawsze całkowity powrót sprawności pęcherza, co po operacyi kroczej nie jest rzeczą pewną. Inna rzecz, czy należy podejmować operacyę Freyera w tych przypadkach przewlekłego zatrzymania moczu, w których badanie wykazuje zanik prostaty. Zdaniem Groszlika, wskazaniem do operacyi nie powinny służyć mniejsze lub większe rozmiary gruczołu, lecz stopień zaburzeń, jaki sprowadzają zmiany w obrębie ujścia pęcherzowego. Jeżeli zmiany anatomiczne są nawet minimalne, chory zaś skutkiem niemożności oddawania moczu musi stale posługiwać się cewnikiem, G. uważa wówczas operacyę za absolutnie wskazaną. Wśród swoich operowanych może G. wymienić trzech pacjentów (dwóch przedstawił już w sekcyi chirurg.), z których jednemu wyciął gruczoł wagi 11 gr., drugiemu wagi 5, trzeciemu zaś wagi 7 gr. z jaknajlepszym wynikiem.

Wszyscy trzech pacjenci dotknięci byli zupełnem zatrzymaniem moczu przewlekłem i wszyscy trzech odzyskali całkowitą sprawność pęcherza po operacyi.

Zresztą nie tylko Groszlik operuje w takich razach, operują i inni bez względu na rozmiary gruczołu. Ten sam Albarran, na którego powołuje się Kryński, w znanem swoim dziele radzi w takich przypadkach usuwać wraz z gruczołem i część sterczową cewki moczowej z powodu znacznych trudności w oddzielaniu gruczoła od cewki. Groszlik stara się zawsze pozostawiać cewkę nietkniętą w obawie następczego nietrzymania moczu i może zapewnić, że ani razu nie widział u swoich pacjentów tego przykrego i uciążliwego objawu. Groszlik nie pojmuje zatem, w jakim celu Kryński pragnie ograniczyć wskazanie do operacyi Freyera tylko do chorych z wielkimi gruczołami. G. nie wierzy, aby zalecana przez Kryńskiego t. zw. cystopexis mogła choć cokolwiek ulżyć doli prostatyka, który wobec małej prostaty nie może oddać ani kropli moczu. Zresztą pomysł Kryńskiego nigdzie nie znalazł zwolenników. Wprawdzie Kryński powołuje się na Goldmanna, który w r. 1901 ogłosił pracę podobnej do Kryńskiego treści, lecz z pracy tej dowiadujemy się, że Goldmann w dwóch przypadkach ostrego zatrzymania moczu nie był w stanie wprowadzić cewnika do pęcherza i zmusony był wykonać nakłucie nadłonowe. Po pewnym czasie sekcya wykazała, że skutkiem nakłucia wytworzył się zrost między pęcherzem a ścianą brzusznią. Ponieważ u obu tych chorych bezpośrednio po

nakłuciu można było stwierdzić polepszenie stanu pęcherza, Goldmann przypisuje to zrostowi ze ścianą brzuszną i proponuje, aby w podobnych przypadkach zrost taki wytwarzano przez przyrośnięcie pęcherza do ściany brzusznej. Sam jednak tej operacji nigdy nie wykonał i wkrótce wyrzekł się nawet swego pomysłu zupełnie. I słusznie, gdyż powrót sprawności pęcherza u wielu prostatyków z ostrem zatrzymaniem moczu następuje i bez nakłuwania pęcherza po zwyczajnem cewnikowaniu, o czem zresztą wie każdy lekarz.

Na zakończenie Groszlik zwraca uwagę na sprzeczność w przemówieniu Kryńskiego, który raz uważa za zbytne demonstrowanie chorych, nie mających oprócz blizny nic do pokazywania, to znowu żąda, aby chorych takich demonstrowano po upływie dłuższego czasu po operacji. Ponieważ życzenie to dotyczy właśnie operowanych prostatyków, można przypuszczać, iż Kryńskiemu bezpośredni wynik operacji nie wystarcza, i że nie ufa on ostatecznym wynikom prostatektomii. Otóż literatura zawiera już dziś setki spostrzeżeń, które nie pozostawiają żadnej wątpliwości co do trwałości wyników operacji Freyera. Sam Freyer podaje w swem dziele kilkaset przypadków odnośnych, w których wynik ostateczny konstатовany był w kilka lat po operacji, a wszyscy chorzy Groszlika nie pozostawiają pod tym względem nic do życzenia. Chorzy operowani przez niego przed dwoma laty, półtora rokiem, rokiem i półrokiem oddają mocz bez zarzutu. Jeden z nich, operowany przed dwoma laty in extremis, musiał poddać się w ostatnich czasach operacji cięcia pęcherza z powodu kamienia, obecnie jednak jest już zagojony i oddaje mocz, jak przedtem, bez żadnej przeszkody. Groszlik sądzi, że te dowody powinny wystarczyć kol. Kryńskiemu, aby nabrał większego zaufania do prostatektomii nadłonowej, którą wszyscy chirurdzy uznają obecnie za jedyną słuszną metodę doszczętnego leczenia zatrzymania moczu u prostatyków.

6. *Drosdowicz* pokazuje szereg zdjęć rentgenograficznych prawidłowego siodła tureckiego dla uwydatnienia różnicy obrazów, jakie dają zmiany chorobowe tej kości pod wpływem przerostu wzgl. nowotworów hypophysis cerebri; owe zmiany wykazują rentgenogramaty z chorych kol. Kopczyńskiego, dotkniętych przerostem przysadki mózgu.

Następna serya rentgenogramatów dotyczy cierpień zatok bocznych czaszki i wykazuje wartość metody rentgenograficznej, jako pomocniczej w rozpoznawaniu tych spraw. Odnośni chorzy byli badani klinicznie przez kol. Erbricha: dane rentgenograficzne potwierdzały się przy tem.

Klische ze zdjęciami kamieni nerkowych pochodzą z oddziału kol. Mincera; większość chorych tej kategorii już została poddana operacji.

(Streścił mówca).

7. *Stankiewicz Cz.* Pokaz narzędzi i materiałów sterylizowanych do opatrunków i szycia sposobem, obecnie we Francji stosowanym.

A. WERTHEIM.