

PRACE ORYGINALNE.

**Przyczynek do rozpoznawania
i leczenia ropnia śledziony**

podał

JULIAN DRAC.

Pamięci Krajewskiego i Karczewskiego,
mych przewodników,
pracę tę poświęcam.

Ropień śledziony jest chorobą dosyć rzadką. W piśmiennictwie lekarskiem znalazłem pod tą nazwą 163 opisy, a i z tej liczby, jak później wyjaśnię, nie wszystkie przypadki można uznać za właściwe ropnie śledziony.

O możliwości tworzenia się ropni w śledzionie wiadomo oddawna. Hippokrates zaznacza, że u chorych, dotkniętych cierpieniem śledziony, występuje czasami wodna puchlina i chorzy umierają; u innych zjawia się ropienie śledziony, przeżera się ropień i ci zdrowieją; wreszcie śledziona może pozostawać dużą i twardą, choroba starzeje się wtedy wraz z pacjentami.

Dalej ten sam autor podaje spostrzeżenie niektórych praktyków, którzy widzieli, że po zastosowaniu środków czyszczących ropnie śledziony opróżniały się przez kiszkę.

Odkąd zapanował pogląd Broussais, uważano niemal wszystkie zmiany w śledzionie, jak przekrwienie, przerost, rozmiękczenie, stwardnienie za stan zapalny tego narządu, który określano nazwą zapalenia śledziony. Po takim zapatrywaniu się nastąpił zwrot, zaczęto z niedowierzaniem traktować sprawy zapalne śledziony i znów, dopiero kiedy Gendrin drogą doświadczeń na królikach dowiódł, że śledziona, jak i każdy inny narząd, może przechodzić wszystkie stopnie zapalenia, w tem oświetleniu badano jej choroby, i w piśmiennictwie nagromadziło się sporo opisów ropni śledziony.

Grand Moursel w r. 1885 podał 57 przypadków, Spear w r. 1903 — 65, Küttner w r. 1908 — 116, moje zestawienie obejmuje 164 przypadki. W tej liczbie znajduje się przypadek, spostrzegany przeze mnie w r. 1904 w oddziale ś. p. D-ra Karzewskiego. Historia jego brzmi jak następuje:

Chana Sz., lat 22 przybyła do oddziału 5 maja 1904 r. Uskarża się na silny ból w lewym podżebrzu i lewym boku. Ból ten jest niestały, czasami wzmaga się, i wtedy chorej trudno jest oddychać.

Przed 4½ miesiącami zachorowała na tyfus brzuszny, z tego powodu przeleżała w łóżku 42 dni, w tym czasie przez 3 tygodnie była nieprzytomna. Po przebyciu choroby, 2 tygodnie czuła się zupełnie dobrze; następnie zaczęła doznawać mocnego rżnięcia w brzuchu, szczególnie w okolicy pępka; ból rozchodził się ku bokom, zajmując pas szerokości dłoni, do samych boków jednak nie sięgał. W tym samym czasie chora zwymiotowała 3 razy; utrzymuje, jakoby w wymiocinach znajdowała się krew: wymiotowany płyn był zaróżowiony. Tak upłynął cały miesiąc. Pewnego dnia chora uczuła gwałtowny ból w lewym boku; na razie ból był nadzwyczaj silny; później zmniejszył się, lecz już nie opuścił jej przez cały tydzień. Bólowi towarzyszyła niewielka gorączka. W tym okresie chorej trudno było oddychać, leżeć musiała na lewym boku. Przez następne 2 tygodnie czuła się dobrze, ciepłota była prawidłowa, lecz znów wystąpił powtórnie gwałtowny ból w lewym boku, bardzo kłujący, tym razem z gorączką 40,5 C. Od tej chwili ból chorej już nie opuszczał na czas dłuższy.

Obecna choroba jest pierwszą w jej życiu. Chora przed 3-ma laty wyszła za mąż, ma jedno dziecko, druga ciąża zakończyła się poronieniem w 2-gim miesiącu, po którym to poronieniu wykonano jej skrobanie macicy. Miesiączkowanie prawidłowe, zaczęło się w 16-tym roku życia. Wypróżnienia kiszkiwne miewała codziennie; mocz oddawała 3—4 razy dziennie, nie doświadczając trudności, ani bólu.

Stan obecny: Chora szczupła, powłoki ciała blade i wiotkie, błony śluzowe niedokrzwiste. Gorączka niewielka, lecz stała, waha się 37,02 — 37,06. Wymiary serca prawidłowe, szmerów nie słyhać, tętno 100 — 120. W dolnej połowie klatki piersiowej z tyłu na stronie lewej stłumienie za-

czyną się na poziomie 8-go żebra; gdy opukuje się mniej silnie — tępość zaznacza się mniej wybitnie. Na stronie prawej odgłos płucny kończy się dosyć wysoko, lecz w granicach zwykłych. Oddech słychać z obu stron na całej przestrzeni płuc. Drżenie głosowe piersiowe jednakowo słabe zarówno z lewej, jak i prawej strony. Z przodu zmian opukowych ani wysłuchowych niema. Słumienie śledziony zaczyna się pod 8 żebrem w linii pachowej środkowej. Z pod łuku żebrowego wystaje twardy jajowaty brzeg śledziony, dochodzący do linii przymostkowej lewej; miejsce to nadzwyczaj bolesne nawet od lekkiego ucisku. Opukiwanie okolicy śledziony sprawia chorej dotkliwy ból. W pozostałych narządach zmian chorobowych nie znaleziono.

Dobowa ilość moczu 1000 — 1400 ctm³; ciężar gatunkowy moczu 1,016. Barwa żółta, przezroczystość zupełna, odczyn kwaśny. Białka, barwników i kwasów żółciowych nie zawiera. Pod drobnowidzem znaleziono sporo moczianów i kryształów szczawianu wapnia. Wązków, krwi ani ropy nie wykryto.

Przebieg choroby: Dnia 9 maja w dwóch miejscach pomiędzy 8 — 9 żebrem przekłuto opłucną z tyłu w linii łopatkowej; płynu nie otrzymano. Po głębszem wkłuciu igły wyciągnięto samą krew.

10 maja. Mocz prawidłowy.

17 maja. Ponieważ w ostatnim tygodniu gorączka wzmogła się, gdyż wieczorami nasilenia dochodziły do 38,0² C, przepisano do wewnątrz po 0,5 siarkanu chinowego 2 razy dziennie i po 5 kropel roztworu Fowlera 3 razy dziennie. Na razie gorączka zmniejszyła się, podskoki ciepłoty nie były tak wysokie, jak poprzednio. Po tygodniu zjawily się jednak nowe nasilenia, wobec czego chininę przestano stosować, pozostawiając tylko arsenik.

25 maja. Bóle zmniejszyły się; czasami chora nie doznaje ich wcale, wtedy może siedzieć a nawet wolno chodzić. Gorączka, słumienie w okolicy śledziony i w dolnej części klatki piersiowej z tyłu nie ustępują.

26 maja. Ponownie zrobiono z nakłucia opłucnej, wynik nakłucia był ujemny.

27 maja. Z pod lewego łuku żebrowego wystaje na 3 palce twardy, okrągławy dolny brzeg śledziony. Napięcie mięśni brzucha na stronie lewej wybitne. Krew i mocz nieprawidłowości nie wykazują.

Na zasadzie powyższych danych, wobec powiększenia się śledziony, bólów w boku, gorączki, rozpoznaliśmy ropień podprzeponowy, względnie — ropień śledziony. Bóle w okolicy śledziony, które zjawily się z gorączką w okresie zdrowienia po tyfusie, tłumaczyliśmy sobie, jako objaw tworzenia się zawału z następnem zropieniem tego ostatniego. Przekłucie próbne dowiodło braku wysięku w opłucnej; wysłuchiwanie nie wykryło zmian w płucach. Badanie moczu, nieobecność zmian w okolicy lędźwiowej, pozwoliło wyłączyć choroby nerki; nie było też objawów, wskazujących na cierpienia wątroby lub trzustki.

31 maja. Postanowiono wykonać operację. Dokonał jej dr. Krajewski. W uśpieniu chloroformowem otwarto jamę brzuszną. Cięcie poprowadzono równolegle do wolnego brzegu żeber w odległości 1½ ctm. od lewego łuku żebrowego. Gdy przecięto skórę i powłoki brzuszne, pod okrę-

źnicą spostrzeżono dolny brzeg powiększonej i nieco przekrwionej śledziony. Po włożeniu ręki do jamy otrzewnej w celu obmacania śledziony, przekonano się, że śledziona u góry jest zrosnięta z przeponą i przednią ścianą brzucha. Na wypukłej powierzchni śledziony poniżej zrostów wyczuwało się miejsce znacznie bardziej miękkie od pozostałego mięszu narządu; tu w środku na niewielkiej przestrzeni znaleziono wyraźne chelbotanie.

W dolną część rany do wolnej jamy brzusznej wsunięto szeroki worek Mikulicza, śledzionę przyciągnięto do brzegów rany i przymocowano do nich jej brzeg szwem jedwabnym, poczem przystąpiono do otwarcia ropnia śledziony. Dokonano tego, robiąc mały otwór nożem, później — na tępo. Ropień kierował się podłużnie ku górze i szedł w głąb mięszu śledziony. Zawierał on ropę w ilości 60 grm. barwy brunatnej z miazgą, stanowiącą zmartwiały mięsz śledziony. Krwawienie w czasie zabiegu było bardzo nieznaczne. Jamę ropnia wypchano gazą, zewnętrzne brzegi rany zwięzono szwem strunowym, część rany skóry zaszyto nitkami florenckimi. Ranę zakryto gazą wyjałowioną.

Wieczorem c. 40,0² C; tętno 126.

1 czerwca. Rano c. 38⁰, wieczorem 37,0⁷; tętno 118. Brzuch nie rozdęty. W ciągu doby pooperacyjnej wymiotowała 4 razy, niezbyt obficie.

2 czerwca. C. rano 36,0¹; wieczorem 37,0⁴. Wieczorem wymiotowała 1 raz. Wiatry odchodzą obficie.

3 czerwca. C. prawidłowa. Chora nie wymiotuje więcej. Zmieniono powierzchownie opatrunek

5 czerwca. C. w dalszym ciągu prawidłowa. Opatrunek zwilżony tkwi mocno. Zmieniono go powierzchownie.

8 czerwca. C. wieczorem 37,0⁶.

9 czerwca. C. rano 37,0⁰; wieczorem 37,0⁶. Dano wlewanie do odbytnicy, po którym nastąpiło obfite wypróżnienie.

10 czerwca. C. rano 36,0⁹; wieczorem 37,0⁶. Część pasów muślinu głębszych zmieniono.

12 czerwca. Głęboki opatrunek zmieniono całkowicie. Po wypłukaniu 3% roztworem kwasu bornego rany, z której wyszło sporo gęstej ropy i kawałków zmartwiałej tkanki śledziony, włożono gumowy sącdek z bochnymi otworami i nowe pasy muślinu. Od tego czasu chorej zmieniano co 2-gi dzień głęboki opatrunek. C. codziennie wieczorem dochodziła do 37,0⁵—37,0⁶; zrana bywała prawidłowa.

25 czerwca. Ranę przepłukano roztworem 1/2000 sublimatu.

26 czerwca. C. wieczorem 37,0².

27 czerwca. Ponowne płukanie roztworem sublimatu.

28 czerwca. Gorączka zginęła i stan bezgorączkowy trwał już do końca pobytu chorej w szpitalu.

13 lipca. Usunięto gumowy sącdek.

Od czasu operacji chora bólów w lewym boku nie miewała. Pooperacyjne dolegliwości polegały na bólu w dole brzucha i okolicy pępka, o ile chora nie miała dłużej, niż przez 2 dni, wypróżnienia. Z tego powodu stosowano jej dosyć często wlewania opróżniające. W czasie ostatnich 2-ch

tygodni, odkąd chora zaczęła chodzić, wypróżnienia zjawiały się samodzielnie, i bólów chora więcej nie doznawała.

25 lipca. Wypisała się ze szpitala całkowicie zagojona.

* * *

Anatomia patologiczna. Jak już wspomniałem, nie wszystkie przypadki, opisane jako ropnie śledziony, zasługują na tę nazwę. Z niektórych opisów widać, że pod tę chorobę podciągano ropnie podprzeponowe, w których znajdowano martwaki śledziony, gdy tymczasem tutaj schorzenie śledziony mogło następować wtórnie: wskutek blizkiego sąsiedztwa ropnia tkanka śledziony ulegała zgorzeli, zropieniu, bez tworzenia się właściwego ropnia w mięszu śledziony (12, 42, 145, 147) *). Czasami powstawało zapalenie torebki śledziony, ta ostatnia obumierała i wytwarzał się ropień okołosledzionowy (120). Spotkałem też opis choroby, która była właściwie tylko śródmięszowem zapaleniem śledziony (156). Mogło to cierpienie w przyszłości wywołać ropienie, lecz, jak sam autor zaznaczył, do tego stanu nie doszło, gdyż wcześniej wykonano operację i śledzionę usunięto. Dla tego też starałem się w przypadkach, gdzie opisy były bardziej szczegółowe, dokładniej określić chorobę.

Śledziona może przechodzić następujące stany zapalne:

1) Zapalenie otrzewnej okołosledzionowej (Besnier). Najczęstszym miejscem takiego zapalenia bywa górna część więzadła przeponowośledzionowego (Collin). Zrosty, które się w tych warunkach tworzą, mogą w różnym stopniu unieruchomić śledzionę. Wyglądem swym przypominają one zrosty otrzewne zwykłe, lecz czasami spotyka się w nich bardzo obfite połączenia naczyniowe, które sprzyjają powstawaniu wylewów krwawych i ropienia. Jakkolwiek zrosty te chronią nieraz od przegryzania się ropnia do wolnej jamy otrzewnej, z drugiej strony mogą ułatwiać rozrywanie się śledziony.

2) Zapalenie torebki śledzionowej rozwija się nieco głębiej, najczęściej, gdy powierzchowne zawały otaczają się pa-

*) Te i następne liczby, podane w nawiasach, wskazują na numer porządkowy spostrzeżeń, przytoczonych na końcu niniejszej rozprawy.

sem wybujałości; tworzą się wtedy bardzo liczne zrosty. Jako ślad wyleczonego stanu zapalnego torebki spostrzegamy na jej powierzchni mniej lub bardziej rozległe stwardnienia.

3) Ropowica okołosledzionowa może mieć źródło nietylko w mięszu śledziony, lecz zależy od stanu zapalnego jej otoczki. W takich razach śledziona, oddzielona od otoczki, zwykle pływa w ropie (158), co znakomicie ułatwia jej usunięcie (54, 85).

Bardzo rzadko spotyka się samo zapalenie okołosledzionowe bez współczesnego zajęcia mięszu, pierwsze może wywołać drugie i odwrotnie. Stąd też zjawia się mnóstwo postaci współrzędnych i przejściowych. Najmniejszy stopień zajęcia mięszu śledziony polega na nieprawidłowo mocnym przekrwieniu, które często znajdujemy w chorobach zakaźnych. Otrzymując więcej, niż zwykle, krwi, naczynia rozszerzają się, tkanka staje się czerwienią, a grudki limfatyczne zacierają się (Ziegler). Jeżeli taki napływ trwa długo, śledziona nabiera barwy szaro-czerwonej, wskutek nacieczenia drobnokomórkowego objętość śledziony znacznie powiększa się. Jest to już:

4) Zapalenie śledziony. O ile stan zapalny dalej rozwija się i dochodzi do zropienia, w mięszu i grudkach gromadzi się tak duża ilość leukocytów, że nadają one ogólny ton żółto-biały. Bardzo rzadko zropienie bywa rozlane i cała śledziona zamienia się w szaro-żółtą lub szaro-różową masę (12, 42). Częściej tworzą się ogniska ropne ograniczone, które, wywołując rozmiękczenie się i roztopianie tkanek sąsiednich, prowadzą do powstawania

5) ropni śledziony pojedynczych lub w razie większej liczby ognisk — ropni śledziony wielolicznych.

Śledziona, w której znajduje się ropień, w wyjątkowych razach zachowuje swą wielkość prawidłową (133); najczęściej powiększa się umiarkowanie (27, 37); niekiedy dosięga wymiarów niezwykle dużych (28, 62). Uciskając sąsiednie narządy: przeponę, wątrobę, trzustkę, nerkę, żołądek, kiszkę, zrasta się z nimi i mniej lub więcej unieruchomia; czasami jednak ukrywa w sobie ropień, nie wywołując najmniejszego odczynu na zewnątrz.

Tak, czy inaczej, znajdujemy w jej mięszu jeden lub kilka ropni, które, rozwijając się kosztem sąsiednich tkanek, mogą

być najrozmaitszej wielkości: od maleńkich poczynając, najczęściej — wielolicznych przerzutowych, do olbrzymich, zawierających 6 lub nawet więcej litrów ropy. Zdarza się nawet, iż nic nie pozostaje ze zdrowego mięszu narządu, ropień jest ograniczony wówczas mniej lub więcej zmienioną otoczką śledziony. Cała śledziona w przypadku ropnia przedstawia pewien stan zapalny. W najbliższym sąsiedztwie ropnia odczyn bywa jeszcze silniejszy, widoczny jest pas nacieczenia i rozmiękczenia. Czasami znów tworzy się, dzięki rozrostowi w pobliżu ropnia tkanki łącznej, rodzaj błony dosyć gładkiej, otaczającej ropień. W przeciwnym razie, gdy niema tak wybitnego odgraniczenia, ściana ropnia od wewnątrz bywa nierówna, brodawkowata.

Wieloliczne ropnie, otaczając się błoną, mogą zniweczyć zupełnie mięsz śledziony i wtedy śledziona zamienia się w jeden ropień wielokomorowy (45).

Grupując ściślej podane w piśmiennictwie lekarskim przypadki według wymienionych stanów zapalnych, otrzymamy z ogólnej liczby 162: ropień śledziony — 131 przyp.; ropnie śledziony wieloliczne — 15; ropień śledziony wielokomorowy 1; pęknięcie śledziony (157) — 1; zapalenie śledziony (156) — 1; zapalenie okołosledzionowe (162) — 1; zapalenie śledziony z zapaleniem okołosledzionowym (141, 155) — 2; zapalenie śledziony ze zgorzelą tkanki śledzionowej (54) — 1; ropień okołosledzionowy (158) — 1; zgorzel śledziony (161) — 1; zgorzel śledziony z poczynającym się ropieniem (12, 42) — 2; zgorzel śledziony i ropień okołosledzionowy (120) — 1; zgorzel śledziony i ropień podprzeponowy (145, 147, 159, 160) 4 prz.

Sposób tworzenia się ropnia śledziony. Niedawno Küttner zwrócił uwagę na to, że ponieważ bardzo często w ropniach śledziony znajdujemy duże kawałki oddzielonej drogą ropienia tkanki w postaci martwaków, można takie ropnie wyosobnić w oddzielną grupę. Z zestawionych przez siebie 116 przypadków ropni śledziony 43 zalicza do tej właśnie grupy. Moje zestawienie obejmuje większą liczbę, gdyż 51 (10 — 13, 15, 16, 30—32, 37, 42, 47, 50, 51, 53, 54, 61—63, 65—69, 80, 81, 83, 85, 86, 89 — 91, 93, 94, 102, 111, 120, 121 130, 139, 145, 156, 161, 162). Ten rodzaj ropni najczęściej powstaje wskutek urazu, wylewów krwi, zakrzepowych lub zatorowych zawałów i zgorzeli

tkanki śledziony. Oprócz miejscowych zmian anatomicznych koniecznym warunkiem do utworzenia się ropnia jest przedostanie się do uszkodzonych tkanek drobnoustrojów ropotwórczych; pochodzą one zwykle z przewodu pokarmowego, lub ze krwi. Największą liczbę ropni, wywołujących martwaki, spotykamy w zimnicy, tyfusie, stanach zakaźnych, w razie skręcenia się szypuły śledziony, przedziurawienia się żołądka i t. p.

Küttner robił doświadczenia na królikach, mające na celu sztuczne rozszczipianie tkanki śledziony. Rozgniatając pomiędzy palcami część śledziony, co wywoływało krwiak, i zakażając potem krew gronkowcem żółtym i białym przez wstrzykiwanie do żyły usznej hodowli tych drobnoustrojów, otrzymywał ropnie, dzielące śledzionę na martwaki. Udało mu się również za pomocą wstrzykiwań oliwy do podwiązanej tętnicy śledzionowej i wprowadzania prętka okrężnicy do podwiązanej gałęzi żyły żołądkowośledzionowej wywołać sztuczny zawał krwotoczny. Tkanka zawału była zupełnie zmartwiała, na linii granicznej znajdowało się nacieczenie ropne, w którym nagromadzało się mnóstwo drobnoustrojów. W ten sposób autor dowiódł, że zarówno miażdżenie tkanki, jak i zawał mogą stać się punktem wyjścia dla ropnia śledziony, wywołującego martwaki. Gdy dookoła zawału tkanka zropiała, martwak pływa w ropie. Jeżeli uległy zropieniu dwa zawały, zawierające pomiędzy sobą odcinek zdrowej śledziony, wtedy i ta ostatnia traci odżywianie, obumiera i może z łatwością oddzielić się. W niektórych przypadkach z całej śledziony porobiły się martwaki (85, 157) wskutek zawałów wielolicznych. Że ropień i zawał idą w parze, widzimy nieraz z opisów, spotykając takie np. zdania: „znaleziono zawały i ropnie w śledzionie i nerkach“; albo: „wykryto ropień wielkości kasztana i liczne drobne zropiałe zawały“. Feltz utrzymuje, że małe ropnie przerzutowe w śledzionie są raczej rozmiękczoneymi zwałami.

Sposób tworzenia się ropni, wywołujących martwaki, daje pojęcie o powstawaniu ropni śledziony wogóle. Widzieliśmy, jak często zawał, ulegając zakażeniu, wytwarza ropień. Wszystkie zatem choroby, które powodują zawały w śledzionie, mogą być przyczyną ropnia. Tam, gdzie powstał zator, mający swe źródło w chorobie serca, płuca, aorty; gdzie utworzyły się zawały drogą zakrzepów tętnicznych (w zapaleniu błony wewnętrz-

nej lub zewnętrznej warstwy tętnic, w chorobach zakaźnych, alkoholizmie), lub żylnych (w tyfusie powrotnym), możemy oczekiwać zjawienia się ropnia.

Dmochowski pisze, że w tyfusie powrotnym, brzuszny, zimnicy, niekiedy—białacze powstają w śledzionie drobne ogniska klinowate, podobne do zawałów bezkrwistych; są to jednak ogniska martwicze, które mogą uleść zropieniu. Tworzą się one bez współdziałania zatoru, lecz dzięki zakrzepom żylnym lub szklistemu zwyrodnieniu ścian tętnicznych z zamknięciem ich światła.

Litten zaznacza, że w istotnych zawałach krwotocznych rzadko udaje się odnaleźć zator. Esau przecinał w 80 miejscach zawały i również zatoru nie znajdował. Można więc, idąc za Billrothem, który opisywał, w jaki sposób tworzą się w jamistych ścianach żylnych zakrzepy, i tę drogę uznać za częstą w powstawaniu zawałów, względnie ropni w śledzionie. Jako potwierdzenie powyższego przypuszczenia służyć może przypadek Kirchmayra, w którym ognisko zgorzelinowe miało kształt jajowaty, nie klinowaty, jak to bywa zwykle w zawałach zatowowych.

Zawały i zatory nazywają niektórzy autorowie przyczyną wewnętrzną powstawania ropni śledziony. Do tego samego rzędu zaliczyć należy uznawane przez Zieglera i Tillmansa ropne zapalenie śledziony, które może zjawiać się w chorobach zakaźnych, ropnicy, zwłaszcza po urazie.

Ledderhose opisywał przewlekłe ropienia śledziony w gruźlicy i promienicy. Nie utrzymują jednak wszyscy ci autorowie, aby zarazki chorób powyższych bezpośrednio sprowadzały ropienie; wyjaśniają tylko, że cierpienia te wywołują stan zapalny śledziony, która staje się podatną do przyjęcia drobnoustrojów ropotwórczych.

Okolicznościami zewnętrznymi, sprzyjającymi tworzeniu się ropni śledziony, są: uraz, doprowadzający do pęknięcia, rozmiżdżenia tkanki śledziony; stan zapalny lub wogóle chorobowy narządów sąsiednich, co znów sprowadza zapalenie okołosledzionowe, zapalenie śledziony i zgorzel tkanek.

Etyologia. Pięć przypadków opisano, jako ropnie pierwotne (32, 79, 44, 61, 113). Lecz już Besnier wątpił, czy istnieją rozlane zapalenia śledziony, które by doprowadzały do

ostrego zropienia samodzielnie. W wielu przypadkach nie domyślano się istotnej przyczyny choroby, nie było to jednak dowodem jej braku. U chorego Desplatsa np. na sekcji znaleziono zrosty z żołądkiem i przeponą, a nawet jama ropnia łączyła się z żołądkiem; łatwo można było wytłumaczyć sobie powstanie ropnia bezpośredniem sąsiedztwem przewodu pokarmowego, zawsze zawierającego pewną liczbę bakteryi.

Ropnie w zimnicy zjawiają się zarówno w okresie ostrym, jak i w charłactwie pozimniczem. Zapatorywania na pochodzenie ich są najrozmaitsze. Jedni autorowie utrzymują, że ropnie śledziony i zimnica zjawiają się niekiedy współrzędnie, lecz że są chorobami niezależnemi jedna od drugiej. Dla innych — ropień śledziony w przebiegu zimnicy jest zjawiskiem wtórnem. Wreszcie są i tacy, którzy chcieliby w samym zarazku zimniczym widzieć przyczynę ropnego zapalenia śledziony. Grand Moursel w swej rozprawie doktorskiej z r 1855, podając 20 przypadków ropni śledziony, którym jako etyologię przypisuje zimnicę, powołuje się na Griesingera. Przypomina, że autor ten widywał w ciężkich przypadkach zimnicy zapalenia śledziony, od których do ropnia już tylko jeden krok. Blanc i Collin, opierając się na fakcie, że w krajach, gdzie nagminnie panuje zimnica, choć spotyka się powiększone, przekrwione i znajdujące się w stanie zapalnym śledziony, do zropienia dochodzi bardzo rzadko, skłonni są upatrywać rozstrzygający wpływ w czynnikach zewnętrznych, mianowicie w urazach, które, uszkadzając tkankę zapalnej lub przekrwionej śledziony, wywołują wynaczynienia, krwiaki a nawet i pęknięcia.

Na poparcie tych przypuszczeń można by zaznaczyć, iż najczęstsze uszkodzenia pod więzadłem żołądkowo-śledzionowym (33, 34, 35 57, 116) przypisywać można szarpaniu tkanki wskutek najrozmaitszych wysiłków lub nawet samego ciężaru powiększonej śledziony (162). Często również spotykamy ropnie na powierzchni przedniej i zewnętrznej śledziony, i te właśnie miejsca łatwo ulegają urazom (57, 60, 120, 137).

Fassina w roku 1889 napisał rozprawę na temat ropni w zimnicy; zgadza się w niej, że śledziona w zimnicy, podobnie jak i w tyfusie, bywa miejscem mniej odpornem, lecz chciałby analogicznie do lasecznika tyfusowego wywnioskować o ropotwórczych własnościach pasożyta Laverana. Nie poszukiwano

jednak go w ropniach; dla tego też musimy uznać zakażenie wtórne z przewodu pokarmowego lub drogą krwi. Za mniej odporne uważać należy miejsca, które uległy zapaleniu, wylewy krwawe, zmiażdżone przez uraz tkanki i zawały. Nadmienić wypada, że charłactwo zimnicze sprzyja bardzo tworzeniu się zatorowych lub zakrzepowych zawałów (Küttner).

Ropnie zimnicze najczęściej bywają pojedyncze; rzadziej, jak np. w przypadku Chiappini (28), Lancereaux (92) — wieloliczne. Nieraz zropieniu ulega cały prawie miąższ, tak iż pozostają z niego tylko przegródki (62), lub mały kawałek (110). Ściana jamy ropnia, który pochłania coraz więcej mięszu, pokrywającego się ziarniną, miewa wygląd brodawkowaty (19) i zawiera ropę barwy czekoladowej, burakowej (33), świadczącej o domieszce krwi. Często w ropniach zimniczych znajdujemy martwaki (16, 46, 48, 51, 94, 110, 111, 120).

Zejsście bywa dosyć niepomyślne; na 32 przypadki notowano 15 razy śmierć. Zaznaczyć jednak należy, że przypadki, które zakończyły się śmiercią (14, 19, 28, 33, 34, 35, 45, 51, 57, 58, 92, 92, 110, 120, 127), nie były najczęściej rozpoznawane za życia, lecz znaleziono je dopiero w czasie oględzin pośmiertnych. W tych zaś razach, gdzie udawało się chorobę dosyć wcześniej rozpoznać i operować, śmiertelność była znacznie niższa. Z 20 operowanych chorych zmarło zaledwie czworo (14, 17, 51, 120), reszta wyzdrowiała (4, 8, 15, 16, 31, 47, 48, 52, 60, 93, 94, 111, 131, 137, 141, 162).

Ropni w tyfusie opisano bardzo dużo; obok zimnicy tyfus brzuszny bywa najczęstszą przyczyną tej choroby. I tutaj co do pochodzenia ropni autorowie nie są w zgodzie. Jedni starają się dowieść, że wytwarzają się one wtórnie, dzięki przenikaniu z kiszek drobnoustrojów ropotwórczych; inni uważają za przyczynę, wywołującą ropnie, zakażenie mieszane ze współudziałem laseczników tyfusowych, wreszcie są i autorowie, uznający ropotwórcze własności laseczników Ebertha. Na poparcie pierwszego przypuszczenia, zdawało by się, mogą służyć przypadki ropni śledziony, powstałe niewątpliwie wskutek tyfusu, lecz w których ropa była jałowa (Lauenstein—95, Nolen—119), lub drobnoustroje innego typu: gronkowce i paciorkowce (Harrington 72), lasecznik z grupy prątka odmienca dziwaczno-go (Gaudiani—59). Fraenkel sądzi, że powstałe w przebiegu

tyfusu powikłania są niezależne zwykle od działania lasecznika tyfusowego, lecz powstają wtórnie wskutek wnikania drobno-ustrojów odmiennych. Zaznaczając, że jeżeli w jednym przypadku znaleziono laseczniki tyfusowe wraz z gronkowcami (Harrington — 71), a w drugim tylko laseczniki tyfusowe, przypuszcza, że i tutaj poprzednio obecne paciorkowce lub gronkowce wyginęły przed czasem badania ropy. Lecz to samo przypuszczenie można by zastosować do braku laseczników tyfusowych w ropniach jałowych.

Ten sam Fraenkel stwierdził ropotwórcze działanie prątko Ebertha. Opisał on mianowicie przypadek ograniczonego lewostronnego zapalenia opłucnej w 4¹/₂ mies. po tyfusie, gdzie w ropie znalazł laseczniki tyfusowe.

Doświadczenia Muscatello, Colzi, Dmochowskiego i Janowskiego również dowodzą, że lasecznik tyfusowy w pewnych warunkach może powodować ropienie. Weichselbaum z ropy pękniętej śledziona tyfusowej otrzymał czystą hodowlę l. Ebertha. Również tylko laseczniki tyfusowe z ropni śledziona wyhodowali: Esau (50), Haushalter (74), Iversen i Stüllern (60, 61), Kirchmayr (83), Petrow (125), Schmidt (135), Vinay i Roux (150) i Vincent (151). Vinay i Roux wstrzykiwali psu 2 gramy hodowli bulionowej lasecznika, otrzymanego z ropnia śledziona i wywołali ropień, zawierający również laseczniki tyfusowe. W przypadku Vincenta czyste hodowle dostali nietylko z ropnia śledziona, lecz i z rozrostów na zastawce dwudzielnej serca. Ponieważ w przebiegu choroby wystąpił bardzo gwałtowny ból śledziona w połączeniu z gorączką i bredzeniem, można było objawy powyższe przypisać zatorowi, który odrazu zakaził śledzionę, przenosząc l. tyfusowe; istotnie znaleziono ropień wielkości orzecha w górnej części śledziona. Ponieważ w śledzionie tyfusowej zachodzą zmiany, zmniejszające odporność tego gruczołu, zawsze łatwo może nastąpić tu zakażenie tkanki, gdyż laseczniki znajdujemy we krwi chorych (Déléarde, Weichard). Schottmüller wykrywał je u 80% chorych tyfusowych. Już Griesinger za zmiany zasadnicze w śledzionie tyfusowej uważał: przekrwienie, rozpulchnienie, rozmiękczenie, skłonność do tworzenia się zawałów, wylewów krwawych, rzadziej — pęknięć. Curschman na 557 sekcyi chorych tyfusowych 25 razy znalazł wylewy krwawe, 4 ropnie śledziona, 2 pęknięcia. Co do tych

ostatnich Bryan jest zdania, że zdarzają się one daleko częściej, niż się to rozpoznaje; w piśmiennictwie znalazł autor 28 przypadków; pęknięcia następowały zwykle w trzecim tygodniu choroby lub w okresie zdrowienia. Zawały Griesinger na 116 sekcyi widział 9 razy, Biermer na 139 — 7 razy, Murchison na 61 — 2 razy. Jest to niewątpliwie najczęstsza przyczyna tworzenia się ropni tyfusowych. Taki był i ropień w naszym przypadku (87), umiejscowiony na zewnętrznej powierzchni śledziony; swym kształtem odpowiadał on zawałowi; miał on podstawę szerszą od zewnątrz i zwężał się w kierunku wnętrza śledziony, jak gdyby zaznaczając swe pochodzenie od zawału klinowego.

W tyfusie spotykamy zarówno ropnie pojedyncze (5, 84, 151), jak i wieloliczne (6, 101, 150). Posiadają one dużą skłonność do wywoływania martwaków; takimi były przypadki Coutenota (37), Esaua (50), Federmanna (53), Iversena i Stüllerna (80, 81), Kirchmayra (86), Krajewskiego (87), Lauensteina (95) i Trojanowa (147).

Rzadko ropnie tworzą się i mogą być rozpoznawane we wczesnym okresie tyfusu, np. w 3-cim tygodniu (37, 80, 84), lub nawet 12-go dnia, jak to miało miejsce w przypadku Petrowa (125). Zwykle występują one później: w 5-tym (50, 86), 6-tym (36, 74), 8-mym tygodniu (53, 72) od początku choroby, lub w jeszcze późniejszych okresach (6, 23, 41, 59, 87).

Zejście jest zachęcające dla chirurgów, z operowanych bowiem ropni trzy tylko przypadki zakończyły się śmiercią (5, 56, 153), reszta — wyzdrowieniem. Nieoperowane zaś spowodowały śmierć 13 razy.

Ropnie w innych chorobach zakaźnych i w posocznicy. Z pośród innych chorób zakaźnych ważne miejsce po tyfusie brzusznyemu zajmuje tyfus powrotny, który wcześniej wywołuje powiększanie się śledziony i sprzyja tworzeniu się zawałów pochodzenia żylnego. Ponfick w czasie epidemii gorączki powrotnej badał materiały sekcyjny i w 40% w śledzionach wykrywał zawały, zajmujące nieraz $\frac{2}{3}$ całego narządu, gdy tymczasem zator udawało się odnaleźć bardzo rzadko. Nie widziano również, aby krętki, skupiając się w gromadki, zatykały naczynia.

Czasami pod wpływem działania krętków tyfusowych po-

wstaje zgorzel guziczków śledziony z bardzo szybkim ich zropieniem; wtedy zjawiają się liczne drobniutkie ropnie wielkości łebka od szpilki.

Nie każda jednak epidemia tyfusu powrotnego cechuje się ropniami śledziony. We Wrocławiu w r. 1872 nie napotkano ani jednego, Kernig na 400 przypadków widział je 5 razy, Petrowski na 359 — 3 razy.

Z opisanych trzech przypadków (123, 142, 144) jeden tylko zakończył się pomyślnie dzięki przekłuciom, za pomocą których ropień kilkakrotnie opróżniano (Parzewski). W dwóch innych nastąpiła śmierć (Tilling robił przekłucie, Stepanoff nacięcie); były to ropnie zawałowe.

Poniżej opisywane ropnie śledziony posiadają najrozmaitszą etyologię; przyczyną ich są choroby zakaźne, które same mogą powodować ropienie lub też stwarzają warunki, ułatwiające zagnieżdżanie się i rozwijanie drobnoustrojów ropotwórczych. W chorobach zakaźnych tworzą się liczne ogniska w grudkach chłonnych śledziony, które pod drobnowidzem okazują się tętnicznym zatorem. Środek powiększonych grudek często bywa zmartwiały lub zmieniony na mały ropień. Poza tem spotykamy, jak i w tyfusie powrotnym, częste zawały.

Herrlich opisał wieloliczne ropnie śledziony w przypadku reumatyzmu stawowego (76). Chora ta zmarła bez operacji. Umarł również, choć mu wypuszczano ropę, chory Grüneisena (65). Dwa inne przypadki skończyły się pomyślnie po dokonaniem nacięcia (Barbieri — 9, Krieger — 88). Do tej samej grupy zaliczyć należy przypadek Eberharta, podany jako ropień śledziony w zapaleniu wsierdza (49) i Vedreuna pod nazwą płamicy gościcowej (148).

Dwa przypadki ropni śledziony w influency (115, 139) zakończyły się wyzdrowieniem. Chorej Murphyego wycięto śledzionę, Spear zaś u swego chorego dokonał nacięcia ropnia, w którym znaleziono martwaki. Chora Stavely (140) z ropniem śledziony po odrze również wyzdrowiała, gdy ropę wypuszczono za pomocą nacięcia i jamę ropnia przesączkowano. Czwooro chorych na gnilec zmarło bez operacji, ropnie śledziony znaleziono dopiero w czasie oględzin zwłok (2, 3, 27, 126).

Black rozpoznał ropień u chorego na gorączkę żółtą

i opróżnił go nacięciem. Ropień zawierał sporo martwaków śledzionowych i 1250 grm. ropy.

Wąglik spowodował dzięki przerzutom z przedramienia ropień śledziony w przypadku Boudanta; nastąpiła śmierć (18).

Bessel-Hagen uratował chorego, któremu przeciął ropień śledziony, wywołany szankrem zgorzelinowym (12).

Ropień przerzutowy w śledzionie, który wystąpił po odjęciu uda w zapaleniu szpiku kostnego, opisał Brinton (22).

Reyset spostrzegł przypadek ospy, powikłanej ropniem śledziony. W 5-tym tygodniu choroby po gwałtownych dreszczach w połączeniu z bólem w lewym podżebrzu wystąpiła gorączka. W 5 dni później powiększona śledziona dochodziła do 12 ctm. poniżej łuku żeberowego. Wyciągnięto 500 ctm³ ropy z kawałkami śledzionowej tkanki. Ponieważ guz znów zaczął powiększać się, zrobiono nacięcie i wypuszczono 1700 ctm³ ropy; gorączka zginęła i chora wyzdrowiała. Autor przypuszcza, że w danym razie ospa, jako choroba, posiadająca w wysokim stopniu własności ropotwórcze, była bezpośrednią przyczyną ropnia śledziony. Można było u chorej zupełnie wyłączyć zimnicę, tyfus, uraz i wogóle cierpienia, które zazwyczaj przyspędzają podłoże i ułatwiają ropienie.

Zapalenie wyrostka robaczkowego 2 razy podawano, jako przyczynę przerzutowych ropni śledziony. 18-letni chory Bessel-Hagena wyzdrowiał po nacięciu (11). Chory Routiera zmarł w 5 dni po zabiegu (132).

Sporo spotykamy w piśmiennictwie ropni śledziony, które powstają w zakażeniu ogólnym. Operacji w tych razach najczęściej nie wykonywano, gdyż ropnie rozpoznawano zbyt późno, gdy choroba, postępując gwałtownie i niszcząco, sama przez się zabijała chorych, lub dzięki wytwarzaniu się ropni i w innych narządach. Charakter tych ropni bywał zazwyczaj przerzutowy z usposobieniem do powstawania martwaków. Chora Küttnera zmarła pomimo operacji (99). Ponieważ w wywiadach stwierdzono w tym przypadku przymiot, a na sekcji znaleziono zmiany kiłowe w naczyniach, mianowicie: zapalenie tętnicy głównej, niedomykalność zastawek aorty i zastawki dwudzielnej, a przytem nowsze złogi na zastawce dwudzielnej, autor sądzi, że zakrzepy, spowodowane temi zmianami, zanesione zo-

stały do śledziony i dopiero tutaj wtórnie uległy zakażeniu. Tak samo i w innych przypadkach trudno stanowczo określić bezpośrednią przyczynę ropienia. Linas (102), Litten (108, 109), Breithaupt (21) znaleźli ropnie już po śmierci chorych.

Dużo ofiar liczy i zakażenie w połogu. Śmierć nastąpiła w nieoperowanych przypadkach Dancęa (43), Nassego (117), Littena (104, 105, 106, 107) i w operowanym drogą laparotomii przypadku Leicesterera (99). Grüneisen jedną chorą operował z wynikiem pomyślnym (63), druga zmarła z powodu powikłania wrzodziejącym zapaleniem wsierdza (64). Riese (130) i Bland-Sutton (158) otrzymali wyzdrowienia.

Jako moment, usposabiający do zakażeń, zaliczyć należy w przypadku Cippolina (30) gruźlicę, gdzie ropień wykryto dopiero na sekcyi, i u chorych Nassego i Peppera — alkoholizm (118, 124).

Ropnie śledziony, jak już poprzednio zaznaczałem, mogą powstawać i drogą przechodzenia sprawy chorobowej z narządów sąsiednich, których choroba nawet nie jest ściśle ropotwórcza. Do takich przypadków należą dwa opisy wrzodu żołądka Littena (103) i Dickinsona i Ewarta (46), oraz raka żołądka Hampelna (67 i 68). Litten u 33-letniej kobiety znalazł zator w tętnicy śledzionowej, spowodowany przeżarciem się wrzodu żołądka, co w dalszym ciągu wywołało zatory w gałęziach obwodowych i ropień. W reszcie przypadków przeżarcie się wrzodu lub raka doprowadzało do zgorzeli przyrośniętą śledzionę, której znaczna część ulegała później zropieniu. Hampeln tylko raz jeden zrobił próbne cięcie brzucha (68), 3 pozostałe przypadki rozpoznano dopiero po śmierci chorych.

Ropnie śledziony urazowe. Uraz dosyć często powoduje uszkodzenie śledziony lub jej otoczki i naczyń. Śledziona, jak zaznacza Beau, w czasie chodzenia, wysiłków fizycznych, trawienia staje się miejscem fizyologicznego przekrwienia; łatwo zrozumieć, że stan ten czyni ją podatną do pęknięcia. Większe uszkodzenia notowano po długotrwałym marszu żołnierskim. Ropienie w tych razach odbywało się zwykle w obwodowej części śledziony wskutek wylewu krwawego pomiędzy mięszem śledziony i otoczką jej, albo naderwania otoczki lub mięszu gruczołu, i dla tego ropnie w ten sposób powstałe posiadają dużą skłonność do przedziurawiania się.

Z czterech opisanych przypadków jeden tylko Berlyna (10) zakończył się pomyślnie. Chorzy Audouarda (7), Cozëgo (38) i Dalmasa (42) zmarli; u pierwszego ropień otworzył się do opłucnej, u drugiego do jamy brzusznej. Dalmas operował swego chorego, lecz opróżnienie ropnia przez nacięcie życia nie uratowało. Na sekcji wykryto, że otoczką śledziony zawierała 3 jamy, napełnione ropą. Prawdopodobnie wskutek urazu otoczką oderwała się, a oddzielona śledziona zmartwiała, jak to miało miejsce w przypadkach stłuczenia śledziony Omi (120) i Karewskiego; zropienie nastąpiło dopiero później. 12-to letnia chora Karewskiego wyzdrowiała po wycięciu śledziony; zabieg ten udał się bardzo łatwo, gdyż śledziona wprost pływała w ropie, pozbawiona otoczki, i trzymając się tylko na naczyńkach.

Z kilku innych przypadków, w których nie podano bardziej szczegółowych anatomicznych właściwości, 2 tylko — Bogdanika (17) i Lampego (91) zakończyły się wyzdrowieniem.

W pozostałych 5-ciu (83, 121, 133, 137, 157) za przyczynę, która doprowadziła do powstania ropnia, uważać należy pęknięcie śledziony. To ostatnie wywołuje te same następstwa, co i stłuczenie. Rozerwane czy zmiążdżone tylko tkanki śledziony, ulegając zgorzeli, mogą łatwo ropieć. Otoczką śledziony w wypadkach urazów silniejszych może być wytrzymalsza, niż sam miąższ, który wtedy oddziela się częściowo; wskutek zmiążdżenia tworzy się krwiak coraz to większy, który kieruje się ku górze i wtórnie wreszcie rozrywa otoczkę (Küttner).

Jaffe w swym przypadku (83) zastosował przekłucie, chory zmarł. Umarł również nieoperowany chory Otisa (121). Silberstein i Pflucker otrzymali wyniki pomyślne, pierwszy po nacięciu (137), drugi po dokonaniem usunięcia śledziony (157); w ostatnim przypadku śledziona była naderwana podłużnie, wewnątrz znajdowało się gwiazdkowate pęknięcie; cały gruczoł, oddzielony od otoczki, leżał w wylewie krwawym, poczynającym ulegać zropieniu. Ogółem na 14 przypadków ropni urazowych 8 zakończyło się śmiercią.

Grupując wszystkie opisy ropni podług chorób, które je wywołały, otrzymamy: ropni w zimnicy 34, tyfusie 33, tyfusie powrotnym 3, reumatyzmie stawowym 4, plamicy gościcowej 1, influency 2, odrze 1, gnilcu 4, gorączce żółtej 1, zakażeniu

ogólnem 5, posocznicy i ropnicy połogowej 13, zapaleniu szpiku kostnego 1, węgliku 1, szankrze 1, zapaleniu ślepej kiszki 2, ospie 1, wskutek wrzodu żołądka 2, raka 2, wskutek urazu 14, tak zwanych „pierwotnych“ ropni 5.

Reszta posiada etiologię niejasną.

Rozpoznawanie ropni śledziony. Jak trudne bywa rozpoznanie ropnia śledziony, wywnioskować można z tego, że na 162 opisane przypadki tylko 17 razy określono właściwie chorobę przed operacją, w czasie samej operacji około 16-tu razy; w pozostałych zaś przypadkach przekonano się o istnieniu ropnia śledziony dopiero na stole sekcyjnym. Często, jeżeli przebieg jest skryty, lub jeżeli ropnia nie można umiejscowić, gdyż objawy towarzyszące nie są dość charakterystyczne, czy też zależą od choroby zasadniczej, rozpoznanie ropnia bywa wprost niemożliwe. Zdarza się nawet taki przebieg, że nie udaje się zupełnie wykryć ropienia w ustroju.

Najczęściej stosunkowo spotykamy, jako objawy charakterystyczne dla ropni śledziony: ból w lewym podżebrzu w okolicy śledziony, zwiększenie się objętości śledziony, występujące zwykle w postaci guza, i gorączkę. Objawy powyższe towarzyszą niemal stale chorobie, inne zaś rozwijają się wtórnie; są one niestałe i zależne zwykle od stanu zapalnego śledziony, który, szerząc się na narządy sąsiednie, powoduje zaburzenia miejscowe lub niekiedy nawet ogólne.

Ból w okolicy śledziony jest objawem nader ważnym, gdyż prawie stale spotykamy go w początkowym okresie choroby. Zdarzają się, wprawdzie, i takie wyjątki, że powiększona śledziona, zawierająca ropień, jest niebolesna nawet pomimo silnego gniecienia (111, 113), lecz są to rzeczy bardzo rzadkie. Rodzaj bólu stoi nieraz w zależności od umiejscowienia ropnia. Ból tępy, ściśle zjawiający się w określonym miejscu, sprawiający wrażenie pełności lub pewnej zawady, zależy zwykle od stanu zapalnego mięszu śledziony; łatwo go odróżnić od bólu opłucnej i międzyżebrowego nerwobólu. Gdy zapalenie przechodzi na otrzewną lub opłucną, ból staje się bardziej ostrym i rozlanym.

Wogóle ból może być stały, lub zjawia się chwilowo. Nieraz występuje on gwałtownie w połączeniu z dreszczami i gorączką; zwiastuje wtedy zakażony zator, początek ropienia lub

przechodzenie sprawy zapalnej na torebkę śledziony, i bywa bardzo ostry, kłujący. Bolesność śledziony pozostaje już na czas dłuższy; w takich razach opukiwanie lub wymacywanie jej sprawia choremu silny ból, który jednak może niekiedy ginać w stanie spoczynku (12, 33).

Naumann leczył chorego, który doznawał bólu śledziony tylko wtedy, gdy kładł się na lewy bok. Czasami powstają bóle odruchowe w boku, mogące nasuwać myśl o zapaleniu opłucnej; promieniają one ku ramieniu, ku lewej piersi lub łopatce (analogicznie do cierpień wątroby).

Gorączka w ropniach śledziony najczęściej bywa zwalniana lub przerywana, rzadko ciągła (16, 19). W zapaleniach śledziony jest to objaw tak stały, że Piorry chciał w śledzionie doszukiwać się przyczyny wszystkich gorączek okresowych. Nasilenie gorączki zależy zwykle od stanu zapalenia: w początkach bywa największe; wzmacnia się również, gdy przestrzeń, obejmowana przez zapalenie, rozszerza się; zmniejsza się natomiast, jeżeli wytworzony ropień ograniczył się i otorbił, wtedy nawet może dojść do stanu bezgorączkowego (127). Federmann zaznacza, że w 4-ch przypadkach ropni tyfusowych zauważył brak gorączki. W czasie tworzenia się ropni zimniczych ciepłota bywa nieprawidłowa z wysokimi nasileniami wieczornymi; od napadów zimniczych różni się tem, że podawanie chininy pozostaje bez wpływu na gorączkę.

Powiększenie się objętości śledziony bywa objawem bardzo częstym, lecz nie stałym. Ropnie niewielkie pojedyncze lub wieloliczne wywołują nieraz w swem sąsiedztwie niewielkie tylko odczynowe zapalenie, w małym stopniu wpływające na powiększanie się gruczołu. W niektórych przypadkach spostrzegano śledziony zwykłej wielkości (70, 71). W innych zaś objętość śledziony dochodziła do wymiarów ogromnych, guz sięgał miednicy (73), od wewnątrz dochodził do pępka (51). Tępość śledzionową otrzymujemy nieraz jeszcze poniżej kolca biodrowego przedniego (13). Te objawy przedmiotowe, które uwidoczniają się za pomocą wymacywania i opukiwania śledziony, mianowicie zwiększenie się tępości śledziony, względnie — jej objętości, może łącznie z obecnym bólem i gorączką nasunąć myśl o ropniu śledziony, upewnia rozpoznanie jednak dopiero chełbotanie. Objaw to bardzo wymowny, choć niezbyt

częsty. Nie dają go niewielkie ropnie, umiejscowione w sroku śledziony, lub w częściach oddalonych od ściany brzusznej. 19 razy tylko wśród wszystkich przypadków spostrzegano wyraźne chełbotanie, a 2 razy widoczne było, że występowało ono wyraźnie wśród mięszu śledziony (29, 31).

Niekiedy zapalenie, przechodząc na ścianę brzuszną lub klatkę piersiową, wywołuje obrzęk i zaczerwienienie skóry, a chora okolica uwypukła się wtedy (89, 152).

Ropienie w śledzionie powoduje często wzmożoną leukocytozę; znajdowano ją prawie u 70% chorych: 9 razy na 13 badanych przypadków (12, 13, 41, 53, 59, 129, 140, 141, 157), w pozostałych 4-ch — liczba krwinek białych była prawidłowa (87, 115, 130, 155).

Niektórzy autorowie zwracają uwagę na zmieniony stosunek wzajemny krwinek białych, Gaudiani np. zauważył w swym przypadku, że limfocytów było 38%, wielojądrowych zaś leukocytów 61%. Tłumaczył sobie objaw ten zniszczeniem znacznej części mięszu śledziony, która przestała w ten sposób odgrywać zwykłą rolę w przetwarzaniu krwi. Zmiany analogiczne znajdowano po usunięciu śledziony. W przypadku Bessel-Hagena (12) w rok po operacyi leukocyty wielojądrowe stanowiły 50% ogólnej liczby białych krwinek, leukocyty 20%, reszta składała się z postaci przejściowych; przed operacyą zaś przy leukocytozie = 20,000 — 30,000 liczba krwinek wielojądrowych wynosiła 80%. Bardzo być może, iż wzmożona leukocytoza sama zależy nie tylko od obecności ropienia w jamie brzusznej, lecz od zmniejszenia się ilości czynnej tkanki śledziony, gdyż bardzo często spostrzegano ją wkrótce po wycięciu tego gruczołu. Czerny (41) w tydzień po operacyi znalazł stosunek białych do czerwonych ciałek krwi = 1 : 60. Eberhart (49), Riese (130), Pflucker i Bardenheuer (157) również w niedługich okresach po wycięciu śledziony zauważyli leukocytozę.

Jak już zaznaczyłem wyżej, tylko w 17 przypadkach udało się rozpoznać chorobę przed operacyą, jakkolwiek w 19-tu stwierdzono wyraźne chełbotanie. Nie zawsze bowiem w tych razach robiono przekłucie, za pomocą którego można było przekonać się o związku ropy ze śledzioną, a wreszcie nie we wszystkich przypadkach wyciągnięta ropa zawierała miazgę śledzionową, świadczącą o jej pochodzeniu.

Barwa ropy sama przez się niewiele mówi i w ropniach śledziony może być najrozmaitsza: żółta, szaro-biaława, kremowa lub czekoladowa. Colin tłumaczy tę różnobarwność w sposób następujący. Gdy ropa wytwarza się wśród ziarniny obficie unaczynionej, ciążka krwi, stanowiące wtedy dużą domieszkę, nadają barwę czerwonawą, różową. Jeżeli w następstwie ropień otorbi się, krew nie przedostaje się już więcej i ropa staje się jednostajną, białawą. Gdy zaś, przeciwnie, ropień, nie odgraniczając się, pochłania dalej ziarninę, powstaje barwa czekoladowa (7, 33, 57, 102, 123). Tak więc odcień różowy lub czekoladowy może posiadać pewne znaczenie w rozpoznawaniu, jako objaw zajęcia śledziony, gruczołu bardzo obficie ukrwionego.

Ilość ropy do charakteryzacji ropni śledziony służyć nie może, gdyż może być bardzo niewielka lub też dochodzić do litra, dwóch (10, 30, 31, 48, 100, 111) a nawet więcej.

Stojanow opisał przypadek ropnia śledziony, który zawierał 6 litrów ropy (143), Lassus (93) za pomocą nacięcia wydostał z ropnia 10 — 12 litrów różowej ropy.

Ponieważ zdarza się, iż ropień przegryza się do oskrzeli, płuc lub kiszki, możemy znajdować ropę w płwocinie (29, 55) lub wypróżnieniach (23, 82).

Pod względem drobnoustrojowym ropę, otrzymaną z ropni śledziony, badano w 28 przypadkach. 2 razy znaleziono laseczniki, podobne do tyfusowych, 9 razy — czystą hodowlę laseczników tyfusowych, raz jeden laseczniki tyfusowe i gronkowce, 3 razy paciorkowce, 2 razy paciorkowce i gronkowce, 1 raz czystą hodowlę gronkowców, 1 raz gronkowce i lasecznik okrężnicy, wreszcie 1 raz lasecznik z grupy prątka odmienca dziwaczego. W 8 przypadkach ropa była jałowa.

Szczególny objaw, przypisywany ropniowi śledziony, zauważył Mallet, mianowicie tak silne wzmożenie apetytu, że chory nie mógł prawie niczem zaspokoić głodu. Autor przypomina, iż wilczy apetyt widywano u zwierząt po wycięciu śledziony. Przypadek jego jest tylko pojedynczy. Częściej dzieje się przeciwnie, gdyż jako objaw dodatkowy występuje brak apetytu, który zwiększa rozwijające się w przewlekłych przypadkach charłactwo.

Nieraz wybitnie zaznaczają się i inne objawy wtórne: nie-

strawność, zaparcie, biegunka, wzdęcie brzucha, wzmożone napięcie mięśni w lewym podżebrzu, żółtaczka, tarcie opłucnej, wysięk opłucnej, kaszel, duszność. Nie posiadają one jednak ważniejszego rozpoznawczego znaczenia.

Niektórzy autorowie łączą w oddzielną grupę objawy, towarzyszące przedziurawieniu się ropnia. Jeżeli występuje ono gwałtownie, w pewnych przypadkach można dzięki im określić drogę, którą się przegryzł ropień. Zjawia się wtedy bowiem cały szereg objawów swoistych, gdy ropień otworzył się do płuca lub opłucnej, zapalenie otrzewnej — gdy do jamy brzusznej, wreszcie — objawy gnilne, jeżeli przegryzie się ropień do żyły śledzionowej.

Chciałbym zwrócić uwagę na jeszcze jeden objaw, spostrzegany przezemnie u naszej chorej; może on w pewnych warunkach ułatwić rozpoznanie. Stale znajdowaliśmy stłumienie w lewej połowie klatki piersiowej u dołu z tyłu w granicach płuca, podczas gdy badanie za pomocą wysłuchiwania, przekłuć, zmian w płucu ani opłucnej nie wykryło. Stłumienie szczególnie wybitnie występowało od silniejszego opukiwania; sądzę, że zależało ono od powiększonej ku górze śledziony. Jak później przekonałem się, objaw powyższy spotykali dosyć liczni autorowie, zwykle był on zależny od ropnia, umiejscowionego w górnym biegunie śledziony lub pod przeponą; zrosty z tą ostatnią zawsze w tych razach były obecne. Niektórzy wyraźnie zaznaczają brak zmian w płucu i opłucnej (Cramer, Gaudiani, Tillius). Iversen i Stüllern w swym przypadku, badając chorego promieniami Roentgena, zauważyli, że przepona z lewej strony stała o 2 — 3 centymetry wyżej, niż na stronie prawej, Cramer prócz stłumienia, dochodzącego do 3-ch ctm. poniżej dolnego kąta łopatki, spostrzegł, że gdy chory kładł się na lewym boku, wzdłuż kręgosłupa w miejscu dawnego stłumienia wyjaśnił się odgłos opukowy na dosyć dużej przestrzeni. Podczas operacji przekonano się, że objawy te powodował ropień, znajdujący się w górnej części śledziony, opłucna zaś była zupełnie zdrowa. Gaudiani (59) w swym przypadku widział tępość u dołu płuca, której górna granica tworzyła wypukłą linię; dla tego też autor rozpoznawał cierpienie podprzeponowe, względnie — śledzionowe. Tem więcej podnosił bym znaczenie wysokiego ustawienia śledziony, że objawy

główne: ból i gorączka mogą być natury ogólniejszej, ten zaś objaw w połączeniu z guzem w okolicy śledziony naprowadzić może na właściwe umiejscowienie sprawy chorobowej.

Z uwag powyższych widzimy, że rozpoznanie ropni śledziony opierać możemy na danych co do choroby zasadniczej na objawach zapalenia miejscowego, i na objawach wtórnych, które wiązać można z miejscowym ropieniem, a do innych przyczyn odnieść ich nie można; wreszcie na objawach odczynowych, towarzyszących przedziurawieniu się ropni.

Bamberger zwraca uwagę, że w zapaleniu wsierdza związanymi z ropnią śledziony bywa wstrząsający dreszcz, ból gwałtowny w śledzionie i raptowne powiększenie się jej objętości; Już wtedy podejrzewać możemy zatorowy zawał. Ropienie tego ostatniego zaznacza się ponownym wystąpieniem lub wzmożeniem się towarzyszącej już bez przerwy gorączki i bolesności w okolicy śledziony. Petrow twierdzi, że od czasu zjawienia się pierwszego bólu do utworzenia się ropnia upływa zwykle od 2 — 3 tygodni.

Wspominałem już, że ropnie tyfusowe najczęściej rozwijają się w okresie zdrowienia, mogą i one dawać objawy bardziej gwałtowne. Poprzedzają je nieraz brak łaknienia, wymioty, zdrowienie wogóle postępuje niewystarczająco; wreszcie ciepłota ciała raptownie podnosi się i daje się wkrótce zauważyć guz śledziony.

W tyfusie powrotnym, według Petrowa, ropnie mogą tworzyć się zarówno we wczesnych okresach choroby, jak i w czasie zdrowienia.

Aby chorobę dokładnie rozpoznać, należy mieć na względzie cierpienia narządów sąsiednich.

Od ropnia trzustki udaje się czasami odróżnić ropień śledziony dzięki temu, że w pierwszym pomiędzy trzustką i śledzioną znajduje się pas oddźwięku bębenkowego, co nie ma jakoby miejsca w ropniach śledziony (Fasano). W tym ostatnim przypadku nie zmniejsza się też tępość w razie wdmuchiwania powietrza do żołądka i poprzecznicy.

W zapaleniu mięśnia lędźwiowoudowego dolegliwości chorego zwracają uwagę na ból w dole biodrowym, który znika w stanie spokoju, wzmagą się przy poruszaniu nogą. Uciskanie chorego miejsca wielkiego bólu nie sprawia.

Wodonercze przebiega zazwyczaj bez bólu, bez obrzęku podskórnego i gorączki; choroba postępuje zwolna, towarzysząc jej pewne zaburzenia ze strony dróg moczowych.

Ropowica okołonerkowa połączona bywa z bólem, promieniującym ku jądom lub wargom sromowym większym; występuje obrzmienie w okolicy lędźwiowej, białkomocz i krwimocz.

W ropniu nerki czasami mocz zawiera dużą ilość ropy.

Ropowicę ściany brzusznej odróżnia się dzięki przebiegowi choroby, zrostom z narządami sąsiednimi. Ponieważ ropowica wtórnie przyłączyć się może do ropnia śledziony, upewnić się można, robiąc przekłucie i znajdując w ropie resztki tkanki śledzionowej.

Ograniczone zapalenie otrzewnej cechuje się (Reysset) gwałtownymi objawami, wymioty występują prawie stale. Nie spostrzegamy w nim bólu, promieniującego ku łopatkom.

Od ropowicy okołosledzionowej odróżnia się ropień śledziony obecnością w tym ostatnim miazgi śledzionowej, a czasami i wyglądem ropy.

Przebieg ropni śledziony. Nieraz ropnie śledziony rozwijają się tak wolno i skrycie, że trudno bywa domyślić się wogóle ropienia w ustroju. Czasami, przeciwnie, przebieg bywa burzliwy, gwałtowny, gdy występują t. zw. „suchoty śledziony“.

Pośrednie miejsce zajmują przypadki chirurgiczne, w których wytwarzają się zrosty, nie pozwalające raptownie przegryzać się ropie do jam sąsiednich, i utrzymujące ją w pewnych granicach. Zrasta się wtedy śledziona z przeponą, żołądkiem, kiszka, siecią, czasami z nerką i ścianą brzuszną.

Połączenie się ropnia śledziony z kiszka grubą opisano 3 razy, z żołądkiem 5 razy, z opłucną 7 razy, z płucem 4 razy, z oskrzelem 2 razy. Chory Nassego wyzdrowiał dzięki temu, że ropień przegryzł się do oskrzela i w ten sposób opróżnił się. W przypadku Arapowa rozpoznawano tylko ropny wysięk w lewej opłucnej. Gdy chory zmarł wskutek krwotoku płucnego, na sekcji przekonano się, że to ropień śledziony przeżarł się do lewego płuca, a uszkodzenie naczynia spowodowało śmiertelny krwotok.

W 2-ch przypadkach istniało połączenie pomiędzy ropniem śledziony i ropniem nerki, 3 razy — połączenie z żyłą śledzionową. Dwa razy ropień śledziony przegryzł się nazewnątrz sa-

modzielnie, raz w okolicy brzucha, drugi raz w okolicy sutki, wreszcie 1 raz do pochwy; chorzy ci wyzdrowieli.

Przeżarcie się ropnia do jam sąsiednich bardzo rzadko kończy się pomyślnie. Szczególnie zgubne następstwa spowodza gwałtowne opróżnienie się ropnia do jamy otrzewnej; opisano je 10 razy. Przebieg w tych razach był nader burzliwy, 2 razy próbowano operować, lecz życia chorym nie uratowano.

O rokowaniu w ropniach śledziony. Rokowanie w sprawie ropni śledziony zależy przede wszystkim od zasadniczego cierpienia i od stanu ogólnego. Gdy ustrój jest już wycieńczony długotrwałą zimnicą, tyfusem, zakażeniem, dołączenie się ropnia w krótkim czasie spowodować może zwrot niepomyślny, lecz jest tu już właściwie rzeczą podrzędną. Sam przez się ropień śledziony bez powikłań ze strony innych narządów, byle wcześniej rozpoznany i opróżniony, nie wyniszcza zbyt ustroju. Jak wiadomo, ilość zropiałego mięszu śledziony nie gra roli w rokowaniu, gdyż chorzy znakomicie zdrowieją nawet po zupełnej utracie śledziony, a czasowe zmiany we krwi zacierają się dosyć prędko (Bessel-Hagen, Stavely).

Małe ropnie goją się samodzielnie niezmiernie rzadko (Allan Webb). Ziegler sądzi, że mogą się one czasami zabiżniać, a w razie nieco większych rozmiarów — zmniejszać się dzięki wsysaniu i wapnieniu. Ponieważ na takie zejście liczyć nie można, więc starać się zawsze należy o możliwie najwcześniejsze operowanie, skoro tylko rozpoznano ropień. Zabieg operacyjny stanowi główną podstawę w rokowaniu, dając nadzieję na wyzdrowienie; wśród nieoperowanych 67 przypadków otrzymano tylko 4 razy pomyślne zejście.

Grand Moursel, Esau, Reysset podawali ogólną odsetkę śmiertelności w ropniach śledziony = 80%. Moje, późniejsze zestawienie, obejmujące znacznie większą liczbę przypadków, daje liczbę mniejszą = 54%. Gdy jednak zestawimy tylko przypadki operowane, otrzymamy odsetkę = 30% — 25 zejść śmiertelnych na 87 przypadków. Najkorzystniej przedstawiają się przypadki, rozpoznane jako ropnie śledziony i dopiero wtedy jako takie — operowane; na 17 tego rodzaju przypadków 2 zakończyły się śmiercią = 12%.

O leczeniu ropnia śledziony. Jedynym uzasadnionym i słusz-

nym sposobem leczenia ropni śledziony jest zabieg operacyjny. Skoro tylko podejrzewamy ropień, starać się trzeba o dokładne określenie miejsca, w którym tenże znajduje się. Do wyszukania ropy dopomaga przekłucie. Jest to zabieg zupełnie nieszkodliwy, o ile dokonywamy go poprzez mocne skleiny, lub jeżeli przekłuwamy tylko tkanki zdrowe, nie dochodząc do ropnia. Takie przekłucia, jak dowodzą doświadczenia Lavigerie, spostrzeżenia Jaccouda, Chantemesse'a, Vidala i Fassiny, nie pozostawiają po sobie śladów.

Nie należy jednak stosować nakłucia śmiało, jeżeli nie jesteśmy pewni zrostów; wtedy poszukiwanie ropni poprzez otrzewną, opłucną, może powodować zgoła zgubne następstwa.

Kuttner w jednym ze swych przypadków zrobił przekłucie przez jamę opłucnej z zachowaniem wszelkich zasad aseptyki i z ropnia podprzeponowego otrzymał w ten sposób ropę jałową, aczkolwiek cuchnącą. W następstwie wywiązało się posokowe zapalenie opłucnej z bardzo groźnymi objawami; wyciągając igłę, zakażono opłucną, a drobnoustroje, które straciły byłą żywotność, rozwinęły się szybko na nowem podłożu (89). Najwłaściwiej jest robić przekłucie po dokładnem przygotowaniu chorego, jak do operacji doszczętej, którą w razie potrzeby można bezpośrednio po nakłuciu przedsięwziąć. Nie zaszkodzi i ta ostrożność, aby wkłutą igłę pozostawić w miejscu ukłucia, zwłaszcza że ułatwia ona późniejsze odszukanie ropnia. W jednym ze swych przypadków Fassina igłę wyjął, i dla tego nie mógł następnie odnaleźć ropnia.

W kilku przypadkach, stwierdziwszy nakłuciem obecność ropy, wyleczono chorych za pomocą wysysania płynu przez wprowadzony trójgraniec (60, 123, 138); zabieg ponawiano kilkakrotnie. Nie jest to jednak sposób, godny zalecania. Ponieważ w ropniach śledziony znajdujemy zwykle sporo miazgi, której nie można usunąć przez trójgraniec, samo opróżnienie płynnej ropy nie wpłynie skutecznie na wygojenie się ropnia.

Zabiegiem doszczętnym, który zasadniczo stosować należy w celu leczenia ropni śledziony, jest nacięcie ropnia. Robimy je, zależnie od umiejscowienia ropnia, na brzuchu, klatce piersiowej lub okolicy lędźwiowej już to wśród tkanek nacieczonych, stopionych — w razie obecności zrostów, już to poprzez tkanki zdrowe przedostajemy się do śledziony i dopierc

tę ostatnią nacinamy. Nacięcie zastosowano w 23 przypadkach ropni śledziony, 4 razy z zejściem śmiertelnym.

W czasach przedaseptycznych obawiano się otwierania jamy brzusznej i dla tego też starano się różnymi sposobami uprzednio wytworzyć zrosty, chcąc przez nie przedostać się do narządów, w jamie brzusznej zawartych.

Grand Moursel w r. 1855 radził w zastosowaniu do ropni śledziony bez zrostów ze ścianą brzuszną naśladować autorów francuskich, którzy sztucznie wywoływali zrosty, operując ropnie wątroby. Vidal de Cassis, Recamier nacinali tkanki warstwa po warstwie aż do otrzewnej i, jeżeli zrostów nie znajdowali, wytwarzali je, pozostawiając w ranie na kilka dni potas żrący. Bardziej odważny Begin nacinał zlekka otrzewną i pozostawiał w tym samym celu w ranie szarpie. Naśladowali te zabiegi w ropniach śledziony Mallet (111) i Done (47); potas żrący zastąpili tylko ciastem wiedeńskim.

Gr. Moursel wspomina również, że można by postępować bezgnilnie, jak to już zaczęli robić Anglicy Combay i Stromayer-Little, i od razu opróżnić ropień, zabezpieczając otrzewną środkami przeciwnilnymi. W kilka lat później, bo w r. 1889, Fassina już nie nalega na te ostrożne środki wywoływania sklein, lecz proponuje przyszywanie śledziony podwójnym szwem do ściany brzusznej. Szwy powinny, zdaniem jego, obejmować tylko otoczkę w granicach tkanek zdrowych; gdy się to uda, radzi zaraz ropień opróżnić i jamę tegoż wypychać. Nie zawsze jednak mamy dostęp tak wygodny, a otoczkę w pobliżu ropnia o tyle zdrową i mocną, aby się nam udało ją dokładnie przymocować; w tych razach musimy zadowolić się szwami pojedynczymi, mniej gęstymi i wypchaniem jamy ropnia za pomocą szerokich pasów gazy.

Jeżeli można, operację dzielimy na 2 posiedzenia i czekamy na wytworzenie się zrostów. Gdy zaś przypadek nagły, po możliwie jaknajstaranniejszem zabezpieczeniu otrzewnej, od razu wyciągamy część ropy strzykawką, nacinamy ropień, wybieramy resztę ropy gazą i jamę opróżnioną wypełniamy gazą.

Drogą cięcia ściany brzusznej operuje się w tych razach, gdy śledziona jest znacznie powiększona, wystaje z pod łuku żebrowego. Tak postąpili w swych przypadkach, otwierając na

jednym posiedzeniu ropień: Bogdanik (17), Krajewski (87), Sandler (136), Spear (139) z pomyślnym wynikiem. Chorzy Rou-tiera (132) i Omi (120), podobnie operowani, zmarli.

Cięcie brzucha robiono również w razach przegryzania się ropnia do jamy brzusznej (68, 99). Leicester u swojej chorej znalazł ropień w górnej części śledziony, połączony z ropniem podprzeponowym, oraz dużą ilość ropy w wolnej jamie otrzewnej; tęższe zrosty były tylko w okolicy żołądka; z pomiędzy kiszek wypłukano sporo włóknika. W 2 godziny po zabiegu chora zmarła.

Do wynalezienia ropnia nie zawsze wystarcza przecięcie powłok brzusznych. Aby udostępnić pole operacyjne, niektórzy autorowie dołączali wycinanie IX lub X żebra, albo podnosili tylko ku górze łuk żebrowy. Jest to najlepszy sposób w razie, jeżeli śledzionę znajdujemy powiększoną ku dołowi i ku linii środkowej ciała. Gdy zaś śledzionę mamy małą, a ropień podejrzewamy w jej górnym biegunie, wygodniej bywa operować poprzez przeponę i opłucną.

I tutaj musimy zachowywać takie same ostrożności względem opłucnej, jak i w stosunku do otrzewnej. Jeżeli nie znajdujemy zrostów między listkami w przestrzeni dopełniającej jamy opłucnej, przez którą zwykle staramy się ropień opróżnić, wytwarzamy je sami, zszywając je lub tamponując ranę.

Esau nie radzi zbyt dowierzać już istniejącym zrostom. Są one wynikiem zapalnego stanu płuca i opłucnej, lecz mogą być czasami bardzo słabe i rozrywać się. Dla tego też, według jego zdania, sposób operowania, a w szczególności wybór jedno lub dwuczaseowego zabiegu powinien być ściśle wyodrębniany i zastosowywany do znajdujących warunków anatomicznych w każdym poszczególnym przypadku.

Przez opłucną i przeponę operowano pomyślnie 20 razy, dołączając najczęściej wycięcie jednego lub dwóch żeber. W 5-ciu przypadkach nastąpiła śmierć.

W razie ropni wysoko umiejscowionych, zrosty pomiędzy śledzioną i przeponą są zwykle bardzo obfite, tak iż po zabezpieczeniu opłucnej można ropień odrazu opróżnić za pomocą noża lub za pomocą żegadła Pacquelina. Gdyby pomiędzy ropniem i przeponą znajdowała się wolna jama otrzewnej, należało

by zastosować tamponację lub wszywanie śledziony w ranę, jak w cięciu brzuszem.

Po dokonaniem opróżnienia ropnia pozostawiamy w ranie gruby sączek gumowy lub, z obawy krwawienia, na razie tylko pasy gazy. Później postępujemy zależnie od gorączki i wydzieliny z rany. Jeżeli gorączka nie ginie od razu, a w wydzielinie znajdujemy dużo martwaków i miazgi śledzionowej, przyspieszamy oczyszczanie się jamy ropnia płukaniem rany. Płyny, zwłaszcza z początku, stosujemy mniej więcej obojętne z uwagi na znaczną wchłanianość śledziony: roztwór fizyologiczny lub 3% roztwór kwasu bornego. Następnie, gdy już wytorzyła się grubsza warstwa ziarniny, przepłukujemy płynami silniej odkażającymi, najlepiej roztworem sublimatu. Skuteczności tego środka doznałem w naszym przypadku. Dopóki przepłukiwano jamę ropnia kwasem bornym, chora wieczorami miewała gorączkę, po dwukrotnem użyciu do płukania roztworu sublimatu gorączka zginęła i od tego czasu ciepłota zawsze już była prawidłowa.

W przypadkach dużego zniszczenia mięszu śledziony, ropni rozległych, wielolicznych, martwicy, niekiedy bywa niezbędne wycięcie śledziony. Czerny trzykrotnie opróżniał ropień śledziony nacięciem, lecz gorączka ustąpiła dopiero po wycięciu gruczołu. Do zabiegu takiego nieraz zmusza obfite krwawienie w czasie operacji. Bland-Sutton np., obmacując śledzionę, rozgniół ją i z powodu trudnego do zatamowania krwawienia musiał usunąć.

Nie zawsze jednak robiono formalną operację wycinania całkowitej śledziony: Bessel-Hagen usunął już tylko resztkę śledziony, pozostałość jej górnej części. W innym przypadku ten sam autor znalazł wieloliczne ropnie w śledzionie prawie już zupełnie zniszczonej i wyropiałej; pozostałe jeszcze zmartwiałe części wyskrobał lub powycinał nożyczkami. Ferrerius usunął śledzionę, stanowiącą jeden wielki martwak. Zrazu cięciem brzucha otworzył tylko ropień. Długi czas wypływała z niego cuchnąca ropa; później zauważono wystający z pomiędzy brzegów rany sinawy twór, który usunięto; była to śledziona. Karewski znalazł w swym przypadku śledzionę, oddzieloną zupełnie od swej otoczki i pływającą w ropie, Bland-Sutton wyciął

śledzionę, leżącą w ropniu okołosledzionowym, w ropniu również znajdowała się wędrująca śledziona Meyera.

Wycinanie śledziony dokonywane było już oddawna. W r. 1549 Zaccarelli z Neapolu wyciął śledzionę kobiecie, chorej na zimnicę. Całkowitego usunięcia śledziony, która wypadła przez przepuklinę urazową, dokonał w r. 1581 Viard. Wspomniany przypadek Ferreriusa miał miejsce w r. 1711. Do roku 1877 Adelman podaje 13 przypadków wycięcia śledziony z powodu najrozmaitszych przyczyn, do r. 1894 Vulpus, Vanverts 355; wśród tych przypadków 4 razy operowano z powodu ropienia śledziony. Do roku 1905, podług Carstensa, operację tę zrobiono 739 razy, odsetka śmiertelności wynosi 26.

W mojem zestawieniu znajduję, iż do obecnej chwili opisano 13 przypadków wycięcia śledziony z powodu ropienia, 9 pomyślnych i 4 z zejściem śmiertelnem. Do pierwszych należą 3 całkowite martwaki (Ferrerius — 54, Karewski — 85, Stavely — 141), 2 ropnie okołosledzionowe (Bland Sutton — 158, Myers — 162); ropnie śledziony, opisane przez Czernyego (41), Murphyego (115), d'Antona (155), Pflucker-Bardenheuera (117); do niepomyślnych: zgorzel z powodu skręcenie się szypuły śledziony Hertaux (161) i 3 ropnie śledziony — Eberharta (49), Richelota (129) i Stojanowa (143).

Chcąc usunąć śledzionę, z góry nakreślić sobie trzeba plan postępowania, o ile przed operacją można wogóle przewidzieć, że ten a nie inny sposób postępowania uda się zastosować. Cięcie wybiera się takie, aby ułatwić sobie sączkowanie i nie narażać chorego na późniejsze tworzenie się przepuklin. Dostęp do śledziony w razie znacznego jej powiększenia lub ruchomości najłatwiejszy bywa za pomocą cięcia w smudze (Péan, Czerny, Rydyger, Jonnesco). Dołącza się do niego niekiedy cięcie poprzeczne na poziomie pępka (Langenbuch), które naraża na przepukliny, lub przyżebrowe, w odległości 1—2 ctm. i równoległe do łuku żebrowego (Panchet).

Gdy śledziona jest nieznacznie tylko powiększona, wtedy linia środkowa ciała jest od niej zbyt odległa i cięcie lepiej jest robić z boku, wzdłuż mięśnia prostego brzucha. Łączenie tego cięcia z poprzecznym, co wytwarza literę L lub T, bardzo sprzyja powstawaniu przepuklin, lecz znakomicie ułatwia operację, dając doskonały dostęp do śledziony. Gdyby jednak i ten

dodatek nie wystarczył, Vanverts radzi podnosić ku górze brzeg żeber lub nawet dokonywać nacięcia łuku żeberowego. W tym celu obnaża się zewnętrzną powierzchnię żeber, odcina się połączenie chrząstkokowokostne 9 i 10 żebra; chrząstkę 8-go nacina się w 2-ch miejscach: w odległości 1 ctm. na wewnątrz od połączenia chrząstki z kością i na wewnętrznym brzegu pola operacyjnego.

Czasami wystarcza jedno cięcie wzdłuż łuku żeberowego; zastosowano je pomyślnie i w naszym przypadku. Należy je prowadzić, zaczynając od połowy odległości pomiędzy linią środkową ciała i linią sutkową i dojść do l. pachowej środkowej. Należy baczyć, by, przecinając ku zewnątrz otrzewną, nie zranić krezki okrężnicy zstępującej. I tu bardzo ułatwia operację rękoczyn z łukiem żeberowym.

Po otwarciu jamy brzusznej odchyła się okrężnicę ku dołowi, dużą krzywiznę żołądka na prawo, odchyła się ku górze brzeg żeber i wtedy oględziny wyjaśniają, czy jest potrzeba wycinania żebra.

Następnie wyłaniamy śledzionę, uwalniając ją od zrostów na tępo lub przecinając je po podwójnem podwiązaniu. W razie bardzo mocnych zrostów Pean i Jonnesco radzą odcinać je, operując kosztem narządów sąsiednich, przepony, ściany brzusznej. Jonnesco dodaje, że zawsze prawie krwawi przyczep więzów przeponowego, jeżeli nie podwisać go podwójnie przed przecięciem. Orłowski w r. 1887 wyciął śledzionę z powodu guza włóknistego i żałował, że oddzielając zrosty nie zostawił bodaj kawałka torebki przy ścianie, tak bowiem trudno było zatamować krwawienie.

Mając już wolną śledzionę, szypułę zaciskamy, podwiązujemy naczynia, przecinamy szypułę i tamujemy drobniejsze krwawienie. Niekiedy zachodzi potrzeba podwisać i przeciąć znajdujący się w szypule ogon trzustki.

Szczególłą uwagę zwrócić należy na podwójne podwiązanie naczyń szypuły, gdyż wypływająca ze śledziony krew posiadać może własności zakaźne i wywoływać później zapalenie otrzewnej, jak to zdarzyło się w przypadku Richelota.

Po usunięciu śledziony, sączkujemy ranę przez kąt zewnętrzny, resztę rany zwężamy szwem i nakładamy opatrunek.

Streszczając to, co o ropniach śledziony powiedziałem, wnoszę, że:

Ropnie śledziony spotykamy najczęściej w zimnicy i ostrych chorobach zakaźnych, głównie w tyfusie brzuszny.

Mogą one rozwijać się dzięki powstającym w śledzionie zawałom, zatorom lub być następstwem stanów zapalnych w narządach sąsiednich.

Zarazek ropotwórczy przenika odrazu w chwili zachorowania tkanki śledziony, lub też później dopiero przedostaje się do miejsca mniej odpornego drogą krwioobiegu lub z przewodu pokarmowego.

Ropnie śledziony bywają pojedyncze lub wieloliczne.

Rozpoznanie ułatwiają najważniejsze objawy: obecność guza chęłbocącego, gorączka, ból w okolicy śledziony i w niektórych przypadkach wysokie ustawienie przepony.

Rokowanie zależy od stanu ogólnego i możliwości zabiegu chirurgicznego. Ogólna odsetka śmiertelności wynosi 54%. W przypadkach operowanych — 30%, w operowanych po uprzednim rozpoznaniu — 12%. Leczenie ropni śledziony zasadniczo powinno polegać na opróżnieniu za pomocą nacięcia lub usunięcia ogniska ropnego przez częściowe lub całkowite wycięcie śledziony.

*
*
*

Obecnie podaję w krótkim streszczeniu spostrzeżenia, jakie udało mi się zebrać z dostępnego mi piśmiennictwa. Przypadki od № 155 — 164, podane jako ropnie śledziony, następują duże pod tym względem wątpliwości.

1. Allan Webb. Ropień śledziony. Zimnica. Wyzdrowienie bez operacji. Przeżarcie się ropnia do kiszki. Ind. pathol. 1848 (Cyt. p. Gr. Moursel).

2. Allan Webb. Mężczyzna. Ropień śledziony. Skorbut. Śmierć — bez operacji. Na sekcji dopiero znaleziono ropień śledziony i mały ropień w wątrobie. Istniało połączenie z żołądkiem. Ind. pathol. 1848. (Cyt. p. Gr. Moursel).

3. Allan Webb. Ropień i owrzodzenie śledziony. Skorbut. Śmierć — bez operacji. Objawy choroby: ból w okolicy śledziony. Zmiany w śledzionie znaleziono na sekcji. Ind. pathol. 1848. (Cyt. p. Gr. Moursel).

4. Albert. Ropień śledziony. Zimnica. 17-letni mężczyzna, wyzdrowiał. Nacięcie. Znieczulenie miejscowe kokainą. Objawy choroby: wyczuwano w okolicy śledziony guz. Raptowny ból. Gorączka. Rozpoznanie po ope-

racy. Ropień, wielkości pomarańczy, zawierał 150 ctm.³ ropy. Po nacięciu C. przez 3 dni jeszcze dochodziła do 39°. Ropa jałowa. *Revue de medecine.* 1901.

5. Arapow. Ropień śledziony. Tyfus. 18 let. pac. Śmierć. Nacięcie. Wycięcie VII żebra. Oper. ropniaka opłucnej. Objawy choroby: ból w lewym boku. Gorączka. Ropień śledziony stwierdzono na sekcji. Przedtem rozpoznawano ropniak lew. opłucnej. Śmierć nastąpiła wskutek krwotoku płucnego. Ropień znajdował się w śledzionie i dolnym płacie płuca lewego. *Bolnicznaja Gazieta.* 1896.

6. Archer. Ropień śledziony wieloliczny. Tyfus. 19 l. mężczyz. Śmierć bez operacji. Objawy: w okresie zdrowienia ból w lew. podżebrzu, gorączka, wymioty. Po 10 dniach śmierć. Na sekcji ropne zap. osierdzia. Ropnie wieloliczne leżały warstwami w śledzionie. Jeden z ropni przegryzł się do otrzewnej. *The Dublin Journ. of. Med. science.* 1886.

7. Audonard. Ropień śledziony. Przeworsowanie się. Żołnierz. Śmierć. Oper. ropniaka opł. Objawy choroby: silny ból w lewym podżebrzu. W 2 mies. później objawy wysięku opłucnej. Na sekcji znaleziono ropień śledziony. Ropa koloru czekoladowego. Zrosty z przeponą, połączenie ropnia śledziony z opłucną. *Annales de la Soc. de med. de Montpellier.* 1810. (Cyt. p. Gr. Moursel).

8. Assolant. Ropień śledziony. Zimnica. 8 l. Wydr. Nacięcie. Ropa skierowała się ku przedniej części klatki piersiowej; przegryzła się w okolicy sutki. *Thèse.* Paris. 1803.

9. Barbieri. Ropień śledziony. Reumatyzm stawowy. 31 l. kobieta. Wyzdrowienie. Nacięcie. Objawy: gwałtowny ból w lewym boku, potem stłumienie w podżebrzu i chełbotanie. W czasie operacji okazało się, że ropień ma związek ze śledzioną. *Gaz. med. ital. Lombardia.* 1876. № 10. *Ref. Ctbl. f. Ch.* 1876.

10. Berlyn. Ropień śledziony. Przeworsowanie się. Żołnierz. Wyzdrowienie. Ropień z martwakami. Przegryzienie się nazewnątrz. *Handbuch d. speciell. Path. und Ther.* 1855.

11. Bessel-Hagen. Ropień śledziony wieloliczny. Zapalenie wyrostka robaczkowego. 18 l. mężczyz. Wyzdrow. Przekłucie bez wyniku. Wycięcie 9 i 10 żebra. Nacięcie w 2 tygodnie po wyst. objawów. Objawy: gorączka, guz w podżebrzu. Stłumienie z tyłu w doln. cz. lewego płuca, osłab. drżenia głosowego. Dużo ognisk ropnych. Ocalał tylko biegun górny. *Archiv für Klin. Chir.* 1900.

12. Bessel-Hagen. Zropienie i martwica śledziony. Szankier gangrenujący. 16 l. mężczyz. Wyzdrow. Nacięcie śl. w 2 tyg. po wystąpieniu objawów. Wycięcie X żebra. Objawy choroby: zwiększenie się tępości śledziony; bolesność na ucisk. Bóle. Wymioty. Przekłucie wykazało ropę. Ocalał tylko górny biegun. Było dużo martwaków. Leukocytów 20000 — 30000. Wielojądr. 80%; neutr. 10%; limf. 10%. W rok po oper.: wielojądr. 50%; limf. 20%; form przejściowych 30%. *Archi f. Kl. Chir.* 1900.

13. Black. Ropnie wieloliczne. Żółta febra. 21 l. mężczyz. Wydr. Nacięcie w miejscu najwięcej wypukł. Objawy choroby: ból w l. podżebrzu.

Tępość śl. do 2-ch palc. ponad spina iliaca. 1250 ctm.³ ropy. Martwaki. Zwiększona leukocytoza. Brit. med. Journ. 1896.

14. Blanc. Zapal. śledziony. Zimnica. Żołnierz. Śmierć. Cięcie pomiędzy 7—8 żebr. Ciasto wiedeńskie. Ból. Gorączka. Zdyagnozowano ropień śl., który się przez przeponę i l. opł. przegryza. Sekcja potw. Wskutek zastosowania ciasta wied. przegryzienie się ropnia pomiędzy 7—8 żebr. na linii pachowej (150 gr. ropy). Otwór zamknął się. Thèse Blanc.

15. De Blasi. Ropień śledziony. Zimnica. 22 l. kobieta. Wyzdr. Przekłucie. Nacięcie. We 20 dni potem powt. nacięcie. Po operacji wystąpiło prawostr. zap. opł. We 20 dni po pierwszym zabiegu utworzył się nowy ropień. W ropie znaleziono paciorkowce. Jahresb. f. Chir. 1903.

16. Bobinec. Ropień śledziony. Zimnica. 22 l. mężczyz. Wyzdrow. Nacięcie. Objawy: ból w okolicy ostatnich żeber. Gorączka stała. Martwaki śledziony. Arch. de méd. nav. 1883.

17. Bogdanik. Ropień śledziony urazowy. Przed rokiem chorego kopnął koń. 52 l. robotnik. Wyzdrow. Laparotomia. Cięcie wzdł. brzoza m. recti. Nacięcie. Przyszycie śl. do ściany brz. Tampon. W czasie oper. wypłynęło 1 litr ropy. Torebkę guza przszyto do brzegów rany. Gojono wstrz. jodof., przypalano chlorkiem cynku. Przegląd lek. 1904.

18. Boudant. Ropień śl. przerzutowy. Wąglik prawego przedramienia. Śmierć bez operacji. Na sekcji: przerzutowe ropnie narządów wewnętrznych. Bull. de la soc. anat. 1829.

19. Bouyer. Ropień śl. Zimnica. 6 l. dziewcz. Śmierć. Nacięcie. Objawy: Ból. Gorączka stała. W okolicy powiększ. śledz. chęłbocąca wyniosłość, wielkości jaja indyczki. Na sekcji w śledzionie znaleziono ropień. Ściany ropnia w śledzionie były ciemne, brodawkowate. Gaz. méd. de Paris. 1841.

20. Braigie. Ropień przerzutowy. Śmierć — bez operacji. Ropnie przerzutowe innych narządów. Cyt. Lassus.

21. Breithaupt. Ropień przerzutowy. Przerzut z żyły wrotnej do ż. śledzionowej. Śmierć — bez operacji. Cyt. Frerichs.

22. Brinton. Ropień przerzutowy. Przerzut po amput. wskutek zap. szpiku kost. The Amer. Journ. of the med. sc. 1866.

23. Brown. Rop. wieloliczne. Tyfus brzuszny. 31 let. kobieta. Śmierć — bez operacji. Objawy choroby: Częste gorączkowanie z dreszczami. Powiększenie się śledziony. Ból. Ropa, krew w stolcach. Opróżnienie się ropnia do kiszki grubej. Zrost z przeponą i wrzodziejące połączenie z opłucną. Przegryzienie się do jamy brzusznej. The Chicago med. Journ. 1878.

24. Caton i Harrison. Ropień śledziony bez określ. przyczyny. 30 l. Wyzdrow. 1) Przekłucie, 2) Nacięcie wzdłuż łuku żeberowego. Objawy choroby: Napad bólu z gorączką. Śledziona dochodziła do kolca prz. kości biodrowej. Pierwsze przekłucie dało 19 uncji ropy. Guz się nie zmniejszył. W 3 mies. później nacięcie; wyszło 30 uncji ropy. Założono gruby dren. Britisch med. Journ. 1888.

25. Carlswel. Ropień śledziony. Śmierć — bez operacji. Na sekcji: Utworzył się raptownie zator. Ropień przegryzł się do v. splenica. Cyt. Bamberger

26. Caron. Rop, śl. wieloliczne. Kobieta. Śmierć — bez operacji. Utworzyły się wieloliczne ropnie śledziony, mózgu. *Bul. soc. an.* 1882.
27. Charlton. Rop. śl. wielokomorowy. Szkorbut. 20 letni mężczyzna. Śmierć — bez operacji. Objawy: Dyspepsya, zaparcie. Ból. Gorączka. Guz w okolicy śledziony. Na sekcji zn. ropnie. Obecne były zrosty z przeponą, żołądkiem. Powstało zapalenie otrzewnej. *London med. Gaz.* 1849.
28. Chiappini. Ropień śl. wieloliczny. Zimnica. 15 letni mężczyzna. Śmierć bez operacji. Objawy: Gorączka, ból całego ciała, ból w okolicy śledziony. Wzmoczone napięcie mięśniowe. Śmierć nastąpiła 13-go dnia. Znalezione wieloliczne ropnie śledziony. *The Lancet* 1845.
29. Chowdhorry. Ropień śledziony. Bez okreśł. przyczyny. Zimnica (?) 40 l. mężczyzna. Wyzdrow. Nacięcie. Sączkowanie. Objawy choroby: Bóle w lew. podżebrzu. Plwocina z ropą i krwią. W lew. płucu u dołu wilgotne rżężenia. Chełbotanie w 1 miejscu powiększonej śledziony. Przegryzł się ropień do płuca. Kiedy chory przestał odpluwać ropę, guz śledziony powiększył się. Po nacięciu włożono sączek. *British med. Journ.* 1887.
30. Cippolina. Ropień śledziony. Gruźlica (?). Śmierć — bez operacji. Rozpoznano ropień na sekcji. Znalezione ropień wielkości główki płodu — 1 litr ropy. We środku sekwestr wielkości pięści. *Riforma med.* 1903.
31. Coates. Ropień śledziony. Zimnica. 4 let. chłopiec. Wyzdrow. Wysysanie. Nacięcie. Objawy: W środku powiększonej śledziony wyczuwało się chełbotanie. Po nacięciu wypłynął 1 litr ropy. *British med. Journ.* 1884.
32. Collier. Ropień śledziony pierwotny. 45 l. kobieta. Śmierć. Nacięcie. Objawy zapalenia lew. opłucnej. Pow. śledziony, chełbotanie. Na sekcji nie znaleziono peritonitis. Po nacięciu wypłynęło 1/2 litra ropy. Kawalek śledziony (martwak) usunięto. Krwawienie powstrzymano tamponacją. *The Lancet.* 1895.
33. Collin. Ropień śledziony. Zimnica. 18 l. mężczyzna. Śmierć — bez operacji. Objawy: Biegunka. Gorączka. Ból przy ucisku na śledzionę. Na sekcji znaleziono ropień w górnej tylnej części zewn. Ropa czekoladowa. Ropień wielkości jaja gołębiego. Zrost z przeponą. *Thèse Blanc.*
34. Collin. Ropień śledziony. Zimnica. Uraz. 27 l. żołnierz. Śmierć 5-go dnia, bez operacji. Objawy: biegunka. Ból okol. śledziony. Na sekcji znaleziono ropień pom. śledzioną i lewym płatem wątroby. Zrosty z kiszka, przeponą. *Thèse Blanc.*
35. Collin. Ropień śledziony. Zimnica. 33 let. żołnierz. Śmierć — bez operacji. Objawy: biegunka. Ból śledziony. Na sekcji: śmierć z wyczerpania. Zrosty śledziony z przeponą, żołądkiem, siecią. Ropień, który zajmował całą śledzionę, poprzez przeponę łączył się z lewą opłucną. *Thèse, Blanc. Paris.* 1879.
36. Cooper. Ropień śledziony. Tyfus. Mężcz. Śmierć w 7 tyg. chor., po operacji. Objawy: gorączka, ból, powiększona śledzioną. Stłumienie u dołu lewego płuca. Wstrząsający parokrotny dreszcz. Na sekcji: ropień u podstawy l. płuca. Ropień u góry w śledzionie bez połączenia z pierwszym. *British med.* 1895.
37. Coutenot. Ropień śledziony. Tyfus. 17 let. kobieta. Śmierć gwał-

towna w 3-im tyg., bez operacji. Na sekcji: Zmiany tyfusowe w kiszkach. Sledziona 2 razy powiększona bez zrostów. W dolnej części ropień z martwakiem. Bull. de la Gaz. med. de Besançon.

38. Cozē. Ropień śledz. Przelforsowanie. Żołnierz. Śmierć—bez operacji. Objawy zapalenia otrzewnej. Na sekcji: ropień śledziony przedziurawił się do żołądka. Ancien journ. de medecine.

39. Cramer. Ropień śl. Ropień podprzeponowy. Tyfus. Mężczyzna. Wyzdr. Próbné przekłucie pom. 8 — 9 ż. na l. axill. Tamponada przestrz. międzyżebr. „Thürpflügelschnit“ z tyłu. Tamponacya obu ropni. Objawy: stłumienie w dole lewego płuca, nad stł. brak oddechu. Przy bad. na lewym boku w miejscu dawnego stłumienia ton jasny przy kręgosłupie. Oplućna zdrowa; 1 ropień pod przeponą, 2-gi w górnym biegunie śledziony, zrosnięty z przeponą. W ropie: lasieczniki podobne do tyfusowych. Deutsche Z. f. Chir. 1896.

40. Cruveilhier. Ropnie wieloliczne. Kobieta. Śmierć—bez operacji. Objawy: duszność, mdłości, wymioty. Objawy ropnia złośliwego. Cyt. Gr. Moursel.

41. Czerny. Ropień śl. Zgorzel. W 16-tym roku tyfus. Uraz. 42 let. kobieta. Wyzdrow. 2 razy nacięcie. Wycięcie śledziony. Bóle, stłumienie ku górze do 8 żebra z tyłu; do l. sutkowej z przodu. 2 razy robiono nacięcie i wypuszczano ropę. C^o spadła dopiero po 3-cim zabiegu, gdy usunięto zmartwiałą śledzionę. W tydzień po oper. stosunek białych ciałek do czerwonych = 1:65. Po 4-ch mies. prawidłowy. Beitr. z. Klin. Chir. 1894.

42. Dalmas. Zropienie śledziony. Przelforsowanie się. Żołnierz. Śmierć. Nacięcie. Objawy: ból w okolicy śledziony, gorączka, dreszcze. Na 20-ty dzień choroby w okolicy lędźwiowej chęłbotanie. Na sekcji: pozostała tylko torebka, podzielona na 3 ropne jamy. Dict. de med. 1845.

43. Dance. Ropień przerzutowy. Zakażenie połogowe. 36 let. kobieta. Śmierć — bez operacji. Arch. gen. de méd. 1828.

44. Desplats. Ropień śledziony pierwotny. Śmierć. Otwarcie jamy oplucnej. Objawy lewostronnego ropnego zapalenia oplucnej. Za życia rozpoznawano emp. pleurae, wypuszczono 500,0 ropy. Ropień śledziony łączył się z oplucną i żołądkiem. 3-go dnia po otwarciu jamy oplucnej przez ranę wyszła glista. Annales de la soc. Belge de Chir. 1901.

45. Deville. Ropień wielokomorowy. Zimnica. 43 let. mężczyzna. Śmierć bez operacji. Na sekcji: połączenie ropni z ropniem przyrośniętej nerki. Bull. anat. 1843.

46. Dickinson i Ewart. R. śledziony i R. podprzeponowy. Wrzód żołądka. Dziewcz. Śmierć — bez operacji. Gorączka. Objawy wysięku w lewej oplucnej i odmy oplucnej lewostronnej. Na sekcji: pomiędzy śledzioną, przeponą, wątrobą ropień, zawierający gaz, łączący się z żołądkiem. W śledzionie ropień, połączony z podprzeponowym. Lancet. 1891.

47. Doué. Ropień śledziony. Zimnica. 53 let. mężczyzna. Wyzdrow. Ciasto wiedeńskie. Nacięcie. Objawy: bóle, promieniujące ku pasze. Guz, obrzęk skóry. Obecność martwaków. Arch. de méd. nav. 1882.

48. Duplony. Ropień śledziony. Zimnica. 48 let. mężczyzna. Wyzdrow. Nacięcie. Dren. Objawy: guz, bolesność, stłumienie, chęłbotanie. Rozpoznano

ropień ściany brzusznej. Nacięcie zrobiono na poziomie 8—9 żebra, w miejscu największej wyniosłości. 1500,0 ropy. Były martwaki. Gr. Moursel (cyt).

49. Eberhart. Ropień śledziony. Endocarditis mitralis. Mężczyzna. Śmierć w 3 mies. po oper. Wycięcie śledziony. Na dolnym brzegu ropień i martwica tk. We środku kilka zatorów. Śmierć po 3-ch miesiącach wskutek ropnicy. W ropie paciorkowce. Po wycięciu śl. leukocytoza. British med. 1884.

50. Esau. Ropień śledziony. Tyfus. 38 let. kob. Wyzdrow. Próbné przekłucie. Nacięcie śledziony. Objawy: Guz. Chelbotanie. Gorączka. Objawy wysięku w lewej opłucnej. Ból w boku w 1½ mies. od początku choroby. Rozpoznano ropień śledziony. Cięcie równol. do łuku żebrowego. Założono dren. 200,0 ropy. Czyste hodowle las. tyfusowych w ropie, otrzymanej za pomocą przekłucia. Esau. Dissert. 1903.

Ewart p. Dickinson i Ewart.

Fagge p. Hilton Fagge.

51. Fassina. Ropień śledziony. Zimnica. 42 let. mężcz. Śmierć. Nacięcie w lew. podżebrzu. Otrzewną śc. przszyty do śc. brzusznej. Przekłucia. (Thiébault). Objawy: ból, gorączka, śledziona dochodzi do pępka, chelbotanie. Rozpoznano ropień śledziony. Po przszyciu śl. do ściany brzusznej, zrobiono przekłucie bez wyniku. Nastąpiło zapalenie otrzewnej. Ropień u dołu śledziony z martwakiem znaleziono na sekcji. Łączność z kiszka i otrzewną. Thèse. 1889. Paris.

52. Fassina. Ropień śledziony. Zimnica. 37 l. mężcz. Wyzdrowienie. Przekłucie. Nacięcie. Objawy: powiększona śledziona, chelbotanie, gorączka. Rozpoznano ropień. Przekłucie dało ½ litra ropy. W 5 dni później nacięcie. Sączek. (200 gr. ropy). Thèse. 1889. Paris.

53. Federmann. Ropień śledziony. Tyfus w 8 tyg. Mężcz. Wyzdrow. Resekcja żebra IX. Nacięcie przepony. Objawy: wysięk w lewej opłucnej. Gorączka. Rozpoznawano ropień podprzeponowy. Wypuszczono 300 ctm.³ wysięku lewej opłucnej. Przepona była podniesiona ku górze, nacięto ją. Wyplłynęło 300 ctm.³ ropy z kawałkami zmartwiałej śledziony. W górniej części martwak. Leukocytoza. Cbl. f. Chir. 1905.

54. Ferrerius. Martwak śl. Zapal. okołośl. 30 let. kobieta. Wyzdrow. Nacięcie. Wyjęcie śledziony jako martwaka. Objawy: guz, chelbotanie, gorączka. Łączność ropnia z żołądkiem, przez ranę wydostawały się pokarmy. Śledzionę usunięto, jako martwak. Ferrerius. Opuscula med. 1738.

55. Finkelstein. Ropień śl. Zapal. okołośledzionowe. 25 let. mężcz. Śmierć wsk. zapal. płuc. Przekłucie w 9 międzyż. Resekcja żebra X. Zeszycie listków opłucnej. Objawy: gorączka, ból w boku. Tępość u dołu lewego płuca. Kaszel, cuchnąca płwocina. Z ropnia podprzepon. wyszło 1000 gr. ropy, łączność z płucem. W śledzionie zropiałe zawały. Śmierć z powodu włóknikowego zapalenia płuc. Finkelstein. Diss. 1897.

56. Finkelstein. Ropień śledziony. Tyfus brzuszny. 19 let. kobieta. Śmierć. Przekłucia. Resekcja żebra X. Objawy: gorączka, ból w boku, objawy lewostr. zapal. opłucnej. Rozpoznawano ograniczone zapalenie opłucnej. Z lewej opłucnej wypuszczono tylko surowiczy płyn. W 3 dni po-

tem śmierć. Na sekcji okazało się, że górna trzecia część śl. zropiała. Diss. 1897.

57. Fontoyront i Jourdreau. Ropień śledziony. Zimnica i przeforsowanie. 47 l. mężczyzna. Śmierć. Nacięcie śledziony. Sączkowanie. Objawy choroby: gorączka, guz, bóle, chęłbotanie. Rozpoznano przed operacją ropień śledziony. Przekłuciem otrzymano 10 ctm.³ ropy koloru czekoladowego. Ropień w górnym biegunie śledziony. Zrosty ze ścianą brzuszną. Śmierć w napadzie zimniczym (?). Ropa jałowa.

58. Frerichs. Ropień śl. wieloliczny. Zakażenie. Zimnica (Blanc). Śmierć — bez operacji. Objawy: ból w podżebrzu, gorączka, dreszcze. Na sekcji: zrosty z kiszkami. połączenie ropnia z żyłą śledzionową. Blanc. Thèse.

59. Gaudiani. Ropień śledziony. Tyfus w okresie zdrowienia. 18 let. mężczyzna. Wyzdrow. Przekłucie. Operacja dwuczasiowa: 1) resekcja żebra IX. 2) nacięcie śledziony poprzez przeponę. Objawy choroby: tępość u dołu płuca, górna granica w postaci linii, wypukłością zwróconej ku górze, gorączka. Rozpoznano przed operacją ropień śledziony. Po wycięciu 9-go żebra wytamponowano ranę, aby wywołać zrosty listków opłucnej. Po 2-ch dniach nacięto przeponę i żegadłem otwarto ropień. Ropa zawierała laseczniki z grupy prątki odmieniać dziwaczne. Krew: leukocytów 12,500. Limfoc. 38⁰/. Wielojądr. 61⁰/. Il Policlinico. 1904.

60. Glionna. Ropień śledziony. Zimnica i przeforsowanie. 29 let. mężczyzna. Wyzdrow. Przekłucie. Objawy: Guz. Napięcie mięśniowe. Chęłbotanie. Za pomocą trójgrańca przekłuto ścianę brzuszną i wypuszczono 3 litry ropy. Arch. gen. de méd. 1828.

61. Gluge. Ropień śledziony. Przeziębienie. 38 let. kobieta. Wyzdrow. Przekłucie p. 9 — 10 żebrzem. Nacięcie. Objawy choroby: powiększenie się śledziony, chęłbotanie, ból, gorączka. Rozpoznano ropień w czasie operacji. Po operacji 3 razy zbierała się jeszcze ropa. W ropie pływały martwaki. Lasecznik tyfusowy. Bull. de la soc. Belgue. 1870.

62. Grand Moursel. Ropień śledziony. Zimnica. 49 let. mężczyzna. Śmierć z pow. zimnicy, bez operacji. Guz olbrzymi. Na sekcji: zrosty z kiszka cienką, z aortą. Tętnica śledzionowa nie zajęta. Ucisk na moczowód; z miąższu pozostały tylko przegródki. Gr. Moursel. Thèse. 1885.

63. Grüneisen. Ropień śledziony. Zakażenie połogowe. 16 let. kobieta. Wyzdrow. Przekłucie w 9 międzyżebrzu. Resekcja żebra IX. Objawy choroby: gorączka gnilna. Żółtaczką. Wysięk opłucnej. Zrosty opłucnej z przeponą, pod kt. ropień. Usunięto z niego martwaki śledziony. W górn. cz. śledziony ropień. W nacieku opłucnej paciorkowce. Arch. f. kl. Chir. 1903.

64. Grüneisen. Ropień śledziony. Zakażenie połogowe. 36 let. kobieta. Śmierć. Przekłucie opłucnej. Resekcja żebra IX na linii pachow. śr. Nacięcie przepony. Sączkowanie. Objawy choroby: w dzień porodu gorączka, dreszcze, ból w boku. Stłumienie z tyłu do grzebienia łopatki. Na sekcji: śledziona, przyrośn. do żeber, powiększona. W górnej cz. ropień. Sporo zropiałych zawałów. Zapal. wsierdzia wrzodziejące. W ropie opl. paciorkowce i gronkowce. Arch. f. kl. Chir. 1903.

65. Grüneisen. Ropień śl. Zapal. okołosledzionowe. Reumatyzm stawowy. 29 let. wyrobnik. Śmierć. Przekłucie. Wycięcie 10-go żebra, nac.

przepony. Objawy choroby: żółtaczką, gorączką, stłumienie w okolicy powiększonej śledziony. Stłumienie od kąta łopatki. Rozp. w czasie operacji ropień podprzeponowy. Z opł. usunięto ropę przekłuciem. Na sekcji zauważono ropień w dolnej części śledziony. Arch. f. kl. Chir. 1903.

66. de Haen. Ropień przerzutowy śledziony. Cyt. van Swieten. Hagen p. Bessel-Hagen.

Harrison p. Caton i Harrison.

67. Hampeln. Ropień śl. Rak żołądka. 66 let. mężczyzna. Śmierć—bez operacji. Objawy: napad gorączki z dreszczami. Krew z żołądka w wymiocinach. Nie było powiększ. śledziony. Rozpoznawano wrzód żołądka. Prawie cała śledziona, prócz części zewn., zajęta przez ropień, Zrosty z kiszka grubą, żołądkiem, siecią. Martwaki. Mitteilung. aus d. Grenzgebiet. 1900.

68. Hampeln. Ropień śl. R. podprzeponowy. Rak rozlany żołądka, gangrena tk. śledziony. 51 let. kobieta. Śmierć. Próbné cięcie brzucha. Objawy: brak apetytu, charłactwo. Na sekcji: dno żołądka zniszczone; w podprzeponow. ropniu 500 ctm.³ ropy. Prawie cała śledziona zropiała. Martwaki. Mitteilung. aus d. Grenzgebiet. 1900.

69. Hampeln. Ropień śledziony. 72 let. kobieta. Śmierć. 2 razy przekłucie opłucnej. Objawy choroby: ból, gorączka, stłumienie w okolicy śledziony i z tyłu u dołu płuca. Na sekcji: zrosty ze ścianą brzuszną, siecią, przeponą. Tylna powierzchnia śledz. zropiała. Martwaki. Mitteilung. aus d. Grenzgebiet. 1900.

70. Hampeln. Ropień śledziony. R. podprzeponowy. Tyfus brzuszny? 28 let. mężczyzna. Śmierć — bez operacji. W 9 międzyż. przekłucie. Objawy choroby: bóle w podżebrzu. Stłumienie u dołu płuc. Gorączka. Brak powiększenia śledziony. Rozpoznano: ropień ukryty, zapalenie opłucnej. Na sekcji: w śledzionie ropień, łączący się z opłucną. Przedziurawienie się ropnia do jamy otrzewnej. Mitteilung. aus d. Grenz. 1900.

71. Harrington. Ropień śledziony. Tyfus brzuszny. 46 let. kobieta. Śmierć — bez operacji. Objawy: gorączka, biegunka. Śledziona nie powiększona. Reakcja Widala dodatnia. Na sekcji: cała prawie śledziona zajęta przez ropień. L. tyfus. Gronkowce. Lancet. 1905.

72. Harrington. Ropień śledziony. Tyfus brzuszny. 33 let. mężczyzna. Wyzdrow. Resekcja żebra XII. Dren gruby. Objawy: 58 dnia choroby bóle w podżebrzu. Gorączka. Duża śledziona. Widal w rozc. 1:50. Rozpoznano ropień śledziony. Zrost śledziony z nerką. 30 gr. płynu żółto-zielonego w ropniu śledziony w dolnej części. Gronkowce i paciorkowce. Lancet. 1905.

73. Hatchet. Ropień śledziony. 36 let. kobieta. Wyzdrow. Laparotomia. Cięcie wzdłuż l. środkowej. Wycięcie śledziony. Objawy: ból, gorączka. Guz w brzuchu, dochodzący do miednicy. W śledzionie 2 ropne torbiele. Med. rec. 1896.

74. Haushalter. Ropień śledziony. Tyfus brzuszny. 19 let. dziewczyna. Śmierć w 6-tym tyg. choroby — bez operacji. Na sekcji: opadowe zapalenie płuc. Wyhodow. laseczniki tyfusowe. Med. rec. 1893.

75. Herissant. Ropień śledziony. Śmierć, 2 razy przekłucie. Objawy choroby: w lewym podżebrzu guz bolesny, chęłbocący. Na sekcji: śledzio-

na 1½ stopy długości. W jamie śl. można było zmieścić 16 litrów (?) wody Gr. Moursel.

76. Herrlich. Ropień śledziony. R. podprzeponowy. Reumatyzm stawowy. Zapal. wsierdzia. 25 let. kobieta. Śmierć — bez operacji. Objawy: ból, gorączka, dreszcze. Stłumienie z tyłu w dole lewego płuca. Na sekcji: litr ropy pod przeponą. Na przedniej powierzchni śledziony ropień. Zrost płuca z przeponą. Deutsche M. Woch. 1882.

77. Hilton Fagge. Ropień śledziony. Guys Hop. Reports. 1874.

78. Howe. Ropień śledziony. Wyzdrowienie, nacięcie. Zapal. około-śledzionowe ropne towarzyszyło. Vanwerts (cyt.).

79. Hugier. Ropień śledziony pierwotny (?). 3 let. Śmierć — bez operacji. Ropień w postaci torbieli. Dict. encycl. de sc. mēd.

80. Iversen i Stüllern. Ropień śledziony. R. podprzeponowy. Tyfus brzuszny. 18 let. dorożkarz. Wyzdrow. Przekł. w 8 międzyż. na l. łopatkowej. W 3 tyg. przekł. na l. pachowej w 8 międzyż. Operacja spos. Trojanowa. Objawy choroby: dreszcze, gorączka, ból w lew. podżebrzu. Stłumienie z tyłu w dole płuca lewego, osłabienie drżenia. W końcu 3-go tyg. silny ból przy kaszlu. Rozpoznano ropień śledziony. Pod lewym sklepieniem przepony ropa z martwakami śledziony. Las. tyf. Bolniczna gazeta. 1900.

81. Iversen i Stüllern. Ropień śledziony. Tyfus brzuszny. 38 let. dorożkarz. Wyzdrow. Przekłucie pod 9 ż. na l. łopatki. Oper. spos. Trojanowa. Objawy choroby: stłumienie u dołu lewego płuca. Tarcie opłucnej. Gorączka, śledziona wymacuje się. Rozpoznano ropień podprzeponowy. Za pomocą przekłucia wydost. ropę z krwią. W ropie znaleziono martwaki. Badanie pr. Roentgena: z lewej str. przepona stała o 2 palce wyżej.

82. Jacquinelle. Ropień śledziony. Uraz. 18 let. męzc. Śmierć—bez operacji. Objawy: ból, wypróżnienie z ropą. Na sekcji: zrosty z kiszka grubą. Przedziurawienie do jamy otrzewnej. Gr. Moursel (cyt.).

83. Jaffé. Ropień śl. urazowy. Stary męzc. Śmierć 13-go dnia. 2 razy przekłucie. Objawy: powiększ. śledziony, ból, gorączka. Po przekłuciach objawy zapalenia otrzewnej. Na sekcji: w jamie opłucnej 300 gr. surowiczego wysięku. Ropień podprzeponowy. Ropień w górnej części śledziony. Dużo martwaków. Przedziur. do jamy otrzewnej. Arch. f. Kl. Chir. 1887.

84. Jocaveill. Ropień śledziony. Tyfus brzuszny. 22 let. męzc. Śmieć w 3 tyg. bez operacji. Objawy: ból, obecność guza. Na sekcji: zapalenie osierdzia. Zrost śledz. z przeponą. W środku śledz. guz wielkości jabłka. Thèse de Paris. 1877.

Jurdreau p. Fontoyntont i Jourdeau.

85. Karewski. Martwica śl. Ropień śl. podtorebkowy. Uraz. 12 let. dziewcz. Wyzdrow. Pzekłucie. Resekcja ż. X. Przyszycie opłucnej do przepony. Wycięcie śledz. Objawy: zapal. otrzewnej w 4 tyg. po urazie. Stłumienie u dołu płuca lewego. Rozpoznano ropień podprzeponowy. Na operacji: ziarninująca śledziona pływała w ropie, oddzielona od otoczki. Całkowity martwak. D. M. Woch. 1901.

86. Kirchmayr. Ropień śledziony. Tyfus brzuszny. 27 let. kobieta. Wyzdrow. Przekłucie. Nacięcie, zeszytanie listków opłucnej. Resekcja żebra. Opróżnienie ropnia po 4-ch dniach. Objawy choroby: w 5-ym tygodniu

raptowny ból, gorączka, stłumienie u dołu lew. płuca bez objawów wysięku. Rozpoznano rop. podprzeponowy (Oper. Lauenstein). Znalaziono: ropień wielkości jaja kurzego z martwakami śledziony. Do rozpoznania pomogła ruchomość płuca. Czysta hodowla las. tyfusowych D. Ztschr. f. Chir. T. 83.

87. Krajewski Ropień śledziony. Tyfus brzuszny. 26 let. kobieta. Wyzdrow. Nacięcie. Laparotomia. Objawy: ból w boku w czasie zdrowienia. Gorączka. Stłumienie u dołu lew. płuca bez obj. wysięku. Rozpoznano: ropień podprzeponowy, Ropień śledziony. Znalaziono: ropień wielkości jaja na zewnętrznej stronie, idący ku górze. Zrost ze ścianą brzuszłą u góry i z przeponą. Nie było zwiększonej liczby leukocytów.

88. Krieger. Ropień śledziony. Reumatyzm. 39 let. krawiec. Wyzdr. Nacięcie. Tamponacya. Objawy: ból, guz w podżebrzu. Rozpoznano: guz śledziony lub bąblowiec. Ropień w górnej części śledziony zawierał 150 gr. ropy. D. M. Woch. 1888.

89. Küttner. Ropień śledziony. W wywiadach: przymiot, zakażenie. 35. let. kobieta. Śmierć 11-go dnia po oper. Przekłucie w X międzyżebżu. Resekcyja ż. XI na linii pachow. tyln. Nacięcie przepony. Objawy choroby: bóle w stawie biodr. Bóle głowy. Śledziona i wątroba powiększone. Ból w lewym boku. Obrzęk doln. części kl. piersiowej z lewej strony. Rozpoznano ropień podprzeponowy. Na sekcji: ropień śledziony, łączący się z opłucną; wydostawały się z ropnia martwaki śledziony. Przy operowaniu wydostano 300 gr. ropy. Ropa z przekł. jałowa. W ropie w czasie oper. otrzymanej paciorkowce. Beitr. zur. Kl. Chir. 1907.

90. Küttner. Ropień śledziony. Odra. Przeziębienie. 19 let. męzc. Wyzdrow. Przekłucie. Dren. Tamponacya. Objawy choroby: stłumienie w okol. śledziony, której się jednak nie wyczuwa. Ból w boku, gorączka, dreszcze. 12-go dnia, po operacji zaś 3-go ze śledziony wychodziły martwaki. Długotrwałe, powolne niżenie się temperatury. Do ż. pośrodkowej wstrzykiwano Arg. Coll. Credē. Ropa była jałowa. Beitr. z. Kl. Chir. 1907.

91. Lampe. Ropień śl. R. podprzeponowy. Uraz. Zastrzał. 30 let. wyrobnik. Wyzdrow. Przekłucie w 8 międzyż. Resekcyja ż. IX. Przekłucie. Resekcyja ż. XI. Nacięcie. Objawy: po urazie ból w lew. podżebrzu. Rozwinął się lewostr. wysięk opłucnej. Po opróżnieniu go zauważono wysoki poziom przepony, zrobiono przekłucie, potem otwarto ropień, pochodzący ze śledziony. Münch. med. W. 1895.

92. Lancereaux. Ropień śl. wieloliczny. Zimnica. Mężczyzna. Śmierć bez operacji. Objawy choroby: gorączka, ból w okolicy śledziony. Na sekcji: zrosty, zależne od zapalenia okołosledzionowego. Przerzuty w płucu i mózgu. Fassina (cyt.).

93. Lassus. Ropień śedziony. Zimnica. 25 let. męzc. Wyzdrow. Nacięcie. Objawy: niewielka gorączka, biegunka. Opuchnięcie w okolicy śledziony. Chełbotanie. 12 klgr. ropy różowej wydostano przez nacięcie. Thèse. 1853.

94. Lauenstein. Ropień śledziony. Zimnica? 19 let. męzc. Wyzdrow. Przekłucie. Nacięcie. Objawy: gorączka, duża śledziona. W ropie martwaki śledziony. Jahrb. der Hamburg. Krankh. 1891.

95. Lauenstein. Ropień śledziony. Tyfus brzuszny. 23 let. męzc.

Wyzdrow. Przekłucie. Res. ż. IX. Nacięcie przepony. Objawy choroby: duża śledziona, ból, dreszcze. W dolnej części kl. piersiowej z tyłu tarcie opłucnej. Listki opłucnej były sklezione. Zrostów w miejscu ich nacięcia ze śl. i przeponą nie było. Śledzionę przytwierdzono do klatki piersiowej. Ropa jałowa. D. med. Woch. 1887.

96. Law. Ropień śledziony. Śmierć—bez operacji. Na sekcji: przez przeponę połączenie z płucem. Połączenie z ż. śledzionową. Zapal. żyły śledzionowej. Dublin. Journ. 1851. Frerichs (cyt.).

97. Law. Ropień śledziony. Śmierć—bez operacji.

98. Legendre. Ropień śledziony. Złamanie żeber. Bull. anath. B. 32.

99. Leicester. Ropień śledziony. Zator gnilny w połogu. 30 let. kob. Śmierć. Laparotomia. Drenowanie. Objawy: guz, ból, gorączka i dreszcze. Na sekcji: górna połowa śledziony zajęta przez ropień. Ropień podprzeponowy. Przedziurawienie się ropnia do jamy brzusznej. Czysta hodowla paciorkowców. Lancet. 1905.

100. Leudet. Ropień śledziony. Tyfus brzuszny. 19 let. mężczyzna. Śmierć—bez operacji. Objawy: bóle w podżebrzu. Na sekcji: zrosty z przeponą. Bull. de la soc. an. 1853.

101. Lieutaud. Ropień śl. wieloliczny. Tyfus brzuszny. Śmierć—bez operacji. Na sekcji: ropnie łączyły się pomiędzy sobą. Gr. Moursel.

102. Linas. Ropień śledziony. Posocznica. 46 let. mężczyzna. Śmierć—bez operacji. Objawy choroby: od dłuższego czasu zaburzenia w trawieniu. Dreszcz. Duża śledziona. W 1/2 roku po dreszczach raptowna śmierć z bezwładem doln. kończyn i połowy twarzy. Na sekcji: w śledzionie ropień wielkości pomarańczy. Zawartość czekoladowa. Prócz powyższego jeszcze dwa ropnie z martwakami. Gaz. hebdomad. 1855

103. Litten. Ropień śledziony. Przedziurawienie się żołądka. Zator tętniczy. 33 let. dorożkarz. Śmierć bez operacji. Objawy: niedokrwistość od 4-ch tygodni. Wymioty krwawe. W końcu zapaść i śmierć. Na sekcji: w 2-ch miejscach powiększonej śledziony ropnie z martwakami. Otwór w tylnej śc. żołądka prowadził do trzustki; w jamie skrzep wypełniał miejsce przedziurawienia tętnicy śledzionowej. Nothnag. spec. Path. 1898.

104. Litten. Ropień śl. przerzutowy. Posocznica połogowa. Śmierć bez operacji. Na sekcji: zapal. wsierdzia. Ropień płuca. Ropnie w nerkach i śledzionie (martwaki). Ztschr. f. Klin. Med.

105. Litten. Posocznica połogowa. Zator. Śmierć — bez operacji. Objawy: ból i opuchnięcie stawów. Gorączka silna bez dreszczów. Na sekcji: błonica łożyska. Przerzutowe ropnie nerek. Zropiałe zawały śledziony, wystąpiło zmartwienie tych ostatnich. Zeitschr. f. Klin. Med.

106. Litten. Ropień śl. przerzutowy. Zapal. okołosledzionowe. Posocznica połogowa. Śmierć—bez operacji. Na sekcji: błonica macicy i pochwy. Ropne zapal. opłucnej. Przerzutowe ropnie nerek, ropień śledziony z martwakiem; zap. wsierdzia i nerek. Zeitschr. f. Klin. Medic.

107. Litten. Ropnica połogowa. Śmierć—bez operacji. Objawy: 8-go dnia dreszcze i gorączka; ropienie w stawie. Na sekcji: w śledzionie 4 zropiałe zawały, martwiejące zap. wsierdzia. Zeitschr. f. Klin. Med.

108. Litten. Ropień śl. przerzutowy. Posocznica. Zator. Mężcz. Śmieć

bez operacyi. Objawy: na skórze rodzaj pęcherzycy. Na sekcji: w nerkach i śledzionie ropnie, martwaki. Zeitschr. f. Klin. Medic.

109. Litten. Ropień śl. przerzutowy wieloliczny. Posocznica. Mężcz. Śmierć—bez operacyi. Na sekcji: błonica okrężnicy; zap. wsierdzia; ropnie w mięśniu sercowym; zawały płucne; obustr. ropne zap. opłucnej; martwaki w ropniach śledziony. Zeitschr. f. Klin. Medic.

110. Mallet. Ropień śledziony. Zimnica. 21 let. żołnierz. Śmierć—bez operacyi. Objawy: ból w lewym podżebrzu; biegunka; raptowny dreszcz; wymioty. Na sekcji: ocalała zaledwie tylna część śledziony; 2 litry ropy ze krwią w ropniu, 1 litr w jamie; martwaki. Blanc Thèse.

111. Mallet. Ropień śledziony. Zimnica. 31 let. mężczyz. Wyzdrow. Ciasto wiedeńskie; przekłucie trójgrańcem. Objawy choroby: duża śledziona; charłactwo, ból głowy; chęłbotące miejsce w guzie niebolesnym. Rozpoznano ropień śledziony. Wyciągnięto 3 litry ropy ze krwią i martwakami; założono dren gumowy; po 5-ciu dniach rozszerzono jeszcze przetokę. Blanc Thèse.

112. Meyer. Ropień śledziony. Tyfus. Śmierć—bez operacyi. Na sekcji: śmierć z powodu zapalenia płuc prawostronnego. Trudy wraczej. 1893.

113. Monod. Ropień śledziony pierw. 35 let. kobieta. Wyzdrow. Przekłucie; nacięcie śledziony. Objawy: guz dochodzący do pępka, chęłbotanie, brak bólów. Podejrzewano wodonercze. Guz zrosnięty od góry; utrwalono guz w ranie; sączonek gumowy włożono. Ropa jałowa. Bull. de Chir. 1892.

114. Montault. Ropień śl. wieloliczny. Śmierć—bez operacyi. Na sekcji: ropnie wielkości orzeszków; tkanka nacieczona. Bull. soc. an. 1830.

115. Mourphy. Ropień śledziony. Influenca. 45 let. kobieta. Wyzdrow. Wycięcie śledziony. Objawy: guz, bóle. Rozpoznawano przerost śledziony. Zrosty z siecią i kiszka grubą. Krew prawidłowa. British med. journ. 1894. Moursel p. Grand-Moursel.

116. Murray. Ropień śledziony. Zimnica. Otworzył się ropień do żołądka. Webb (cyt.).

117. Nasse. Ropień śl. przerzutowy. Zap. żył. macicy. Śmierć—bez operacyi. Na sekcji: przedziurawienie się do jamy brzusznej. Arch. gen. de la méd. 1837.

118. Nasse. Ropień śledziony. Alkoholizm. Mężcz. Wyzdrow.—bez operacyi. Objawy: ból w okolicy śledziony. Opróżnienie się ropnia przez oskrzela. Arch. gen. de la méd. 1837.

119. Nolen. Ropień śledziony. Tyfus. 25 let. kob. Wyzdrow. Przecięcie wzdłuż m. prostego brzucha. Objawy: ból, biegunka, guz w okolicy śledziony. Rozpoznano: zap. śledziony i zap. okołośl. Wyplynał 1 litr ropy. Nie znaleziono lasecz. tyfusowych. Cbl. f. Chir. 1895.

120. Omi. Zgorzel śl. urazowa; ropień okołoślędzionowy. Zimnica; uraz. 27 let. mężczyz. Śmierć w 3 mies. Laparotomia. Objawy: bóle, biegunka, chęłbotanie. Na sekcji: zrosty z kiszkami; 700 gr. ropy z martwakami; operowano w znieczul. kokainowem; śmierć wskutek przegryzienia się pozostałego mał. ogniska do jamy brzusznej. Beitr. z. Kl. Chir. 1906.

121. Otis. Ropień śl. urazowy. 26 let. mężczyz. Śmierć 44-go dnia—

bez operacji. Objawy: wzdęcie brzucha, ból. Na sekcji: ropień podprzeponowy, martwaki śledziony pływały w ropie. Küttner (cyt.).

122. Pailloux. Ropień śledziony. Wyodr.?—bez operacji. Śledziona zrośnięta z przeponą; ropień przegryzł się do oskrzeli. Bull. de la soc. 1830.

123. Parzewski. Ropień śledziony. T. recurrens. 43 let. mężczyzna. Wyzdrow. Przekłucie. Objawy: bóle w okol. śledziony, chębotanie. W ciągu 5 tyg. wydostano 1½ funta płynu żółto-brunatnego z miazgą. Med. obozrenije. 1883.

124. Pepper. Ropień śledziony. Alkoholizm. 45 let. mężczyzna. Śmierć. Objawy: gorączka, bóle.

125. Petrow. Ropień śledziony. Tyfus. 23 let. mężczyzna. Wyzdrow. Przekłucie w IX międzyż.; resekcja IX żebra. Objawy: 12-go dnia silny ból śledziony; 29-go raptowne powiększenie się śledziony, połączone z bólem; stłumienie z tyłu u dołu lewego płuca. Na powierzchni śledziony dziura, wielkości złotówki; zrost z przeponą; 1 litr ropy pod przeponą. Laseczniki tyfusowe. Boln. Gaz. 1901.

Pflücker p. Bardenheuer i Pflücker.

126. Pigeaux. Ropień śledziony. Skorbut. Bez operacji. Na sekcji: prócz ropnia w śledzionie ropień w lewej nerce. Bull. de la soc. an. 1830.

127. Pruvost. Ropień śledziony. Zimnica. 18 let. dziewczyna. Śmierć—bez operacji. Objawy zapalenia otrzewnej. Na sekcji: przedziurawienie się ropnia do jamy brzusznej. Bull. de la soc. an. 1870.

128. Reysset. Ropień śledziony. Ospa. 32 let. kobieta. Wyzdrow. Przekłucie; nacięcie. Objawy: nagłe pogorszenie; dreszcz, ból w podżebrzu. Rozpoznano ropień śledziony. W 8 dni po aspirowaniu 560 gr. ropy, przez nacięcie wypuszczono 1700 gr. Thèse de Bordeaux. 1893.

129. Richelot. Ropień śledziony. 22 let. kobieta. Śmierć wieczor. po operacji. Wycięcie śledziony. Objawy: wychudnięcie, brak gorączki, ogromny guz. Rozpoznano białaczkę. Ropień w tylnej części śledziony, prócz dużego b. dużo drobnych ropni w mięszu. W czasie op. wylało się trochę krwi z ropą ze śl. do jamy brzusznej. Krew z olbrzymią leukocytozą; białaczka; dużo eozynofilów. Vanverts.

130. Riese. Ropień śl.; rop. podprzeponowy Ropniak jajowodu; zator. 41 let. kobieta. Wyzdrow. Przekł. opł.; res. IX ż.; res. XII ż. Objawy: raptowny podskok temper., bóle w lew. boku. Otorbiony wysięk pomiędzy opł. przeponową, żebrem i płucem; z ropnią podprzeponowego wysiękwestrowała się przez 19 dni prawie cała śledziona. W 1 mies. po oper. cz. c. 4.000.000, b. c. 12.400. D. Med. Woch. 1908. № 8.

131. Riolo. Ropień śledziony. Zimnica. 25 let. kobieta. Wyodr. Wycięcie śledziony. Rozpoznano: zimniczy guz lub wodonercz. Riforma med. 1902.

132. Routier. Ropień śledziony. Perityphlitis c. peritonitide. Kobieta. Śmierć w 5 dni po zabiegu. Objawy: ból, rżenia w lewym płucu u dołu. Bull. de la soc. de Chir. 1900.

Roux p. Vinay i Roux.

133. Scheller. Ropień śl. urazowy. Żołnierz. Na sekcji: po marszu nastąpiło częściowe rozerwanie się śledziony. Jahrb. f. Chir. 1896.

134. Schlichting. Ropień śl. Kobieta. Wyzdr. Przedziurawienie się do pochwy.

135. Schmidt. Ropień śledziony. Tyfus. Mężcz. Wyzdr. Objawy: guz, chełbotanie. Rozpoznano: ropień śledzionowy. Wypuszczono 3 litry ropy Czyste hodowle l. tyfusowych. D. Med. Woch, 1896.

136. Sendler. Ropień śledziony. Uraz był, lecz nazbyt krótko przed zjawieniem się ropnia. 4 let. dziewcz. Wyzdr. Nacięcie równoległe do łuku żebrowego. Objawy choroby: brak apetytu, bóle w podżebrzu, okresowe wymioty, guz, chełbotanie. Rozpoznano: ropień śledzionowy. Znalezione ropień w dolnej części śledziony; sporo zrostów. D. Ztschr. f. Chir. 1899.

137. Silberstein. Ropień śledziony. Silne kichanie po zażyciu tabaki; zimnica. 35 let. mężcz. Wyzdrow. Przekłucie w IX międzyżebżu; nacięcie wzdłuż X żebra. Objawy: Ból w podżebrzu, guz; uwypuklenie się lewej połowy klatki piersiowej. Operacja w 1-ym miesiącu po urazie; jama duża. Wiener Presse. 1878.

138. Singh. Ropień śledziony. Wyzd. Przekłucie. Vanverts.

139. Spear. Ropień śledziony. Influenca, uraz. 74 let. mężcz. Wyzdr. Laparotomia; na 1 posiedz. otwarcie guza. Objawy: po podniesieniu się z łóżka gwałtowny ból w lewym podżebrzu. Na tylnej powierzchni w czasie operacji zauważono ropień, który gotów był pęknąć; martwaki. Ropa jałowa. Cbl. f. Chir. 1903.

140. Stavely. Zapal. okołosledz.; ropień śl. Odra, koklusz. 33 let. kobieta. Wyzdrow. Nacięcie, drenowanie, cięcie lędźwiowe. Objawy choroby: ból w boku i lędźwiach, ropa w moczu, gorączka. Przegryzł się ropień do nerki. Cz. c. 3.500.000, b. c. 38.200, Hb. 46%. Annals of surgery. 1903.

141. Stavely. Zapal. okołosł., zapal. śledziony, przerost śl. Zimnica. 32 let. kob. Wyzdr. Wycięcie śledziony. Objawy: bóle, gorączka, wymioty. Roz. przerost śledziony. Zrost z siecią przedniej powierzchni torby; naczynia śledziony były zatkane; w 1½ mies. po operacji czerw. c. 4176000, b. c. 12.125, Hb. 80%. Przed oper.: cz. c. 3.584 000, b. c. 20.000, Hb. 83%. Po oper.: cz. c. 3.820.000, b. c. 23 200, Hb. 75%. W ropie: gronkowiec żółty, prątek okrężnicy. Annals of surgery. 1903.

142. Stepanow. Ropień śl. Gorączka powrotna. Śmierć 21-go dnia. Nacięcie. Objawy: bóle, kaszel, tarcie opłucnej. Na sekcji: dolna część śledziony tworzyła jamę, zapełnioną ropą, była zrosnięta z kiszkami; z tyłu w miejscu zawału zrost z przeponą; połączenie z żołądkiem i opłucną. Trudy wraczej. 1893.

143. Strianow. Ropień śl. olbrzymi. 35 let. mężcz. Śmierć. Laparotomia; wycięcie śledziony. Objawy: gorączka, ogromny guz. Na sekcji: zrosty z przeponą, wątrobą i lewą nerką; w ropniu 6 litrów ropy. Jahresb. f. Chir. 1903.

Stüllern p. Iversen i Stüllern.

Sutton p. Bland Sutton.

144. Tilling. Ropień śl.; ropień podprzeponowy. Tyfus powrotny. 25 let. Przekłucie. Objawy: guz, hełbotanie, stłumienie w dole lewego płuca. Lewa opłucna zdrowa; w śledzionie ropień i kilka zawałów. St. Pet. Woch. 1882.

145. Trapp. Zgorzel śl., ropień podprzeponowy. Uraz; czyraki rozsiane. Mężcz. Śmierć w 4 $\frac{1}{2}$ mies. po oper. Przekł.; resekcya ż. X na l. łop.; Oper. ropniaka opłucnej. Na sekcji: połączenie opłucnej ze śledzioną; ropień podprzeponowy; martwaki śledziony. D. Ztschr. f. Chir. 1897.

146. Treves. Ropień śl. 30 let. kob. Wyzdr. Nacięcie. Objawy: zaparcie stolca, gorączka, wymioty. Ropy 180 ctm.³; martwaki małe śledzionowe w ropie. Lancet. 1896.

147. Trojanow. Ropień podprzeponowy; zgorzel śledziony. Tyfus brzuszny. 24 let. mężcz. Wyzdrow. Przekłucie; res. ż. X. Objawy: napad bólu, guz, dreszcze parokrotne. Dodatkowa przestrz. opłucnej była zarosnięta; ropa z tkanką śledzionową; po operacyi wystąpiło lewostr. zapalenie opłucnej. Letopiś russkoj chir. 1896.

148. Vedrenne. Ropień śl. Plamica goścowa. Śmierć. Na sekcji: otworzył się ropień do otrzewnej. Mem. de la soc. de chir. 1859.

149. Vidal. Ropień śl. Tyfus brzuszny. 28 let. mężcz. Śmierć—bez operacyi. Bull. de la soc. anat. 1853.

150. Vinay i Roux. Ropień śl. wieloliczny. Tyfus brzuszny. 21 let. tkacz. Śmierć—bez operacyi. Objawy: ból, guz, gorączka; bolesny obrzęk uda pr. Na sekcji: dolny biegun śledziony zrosnięty ze ścianą brzuszną; liczne ropnie w śledzionie i nerce. Las. tyfusowe w ropie. La province méd. 1888.

151. Vincent. Ropień śl. Tyfus brzuszny. 22 let. mężcz. Śmierć—bez operacyi. Objawy: gwałtowny ból, gorączka, biegunka, bredzenie. Na sekcji: w górnej części śledziony ropień wielkości orzecha. Czysta hodowla l. tyfusowego z ropy i zastawki dwudzielnej (z rozrostów). Mercer. méd. 1892.

152. de Vlaccos. Ropień śl.; zap. okołosledzionowe. Wąglik, cukromocz. 56 let. mężcz. Wyzdrow. Przekłucie, nacięcie śledziony. Objawy: dreszcze, gorączka, obrzęk skóry i zaczerwienienie. Zapal. okołosledzionowe, dużo zrostów. Gronkowce. Bull. de la soc. chir. 1899.

153. Wulf. Ropień śl.; ropień podprzeponowy. Tyfus brzuszny. 27 l. Śmierć. Przekłucie; resekcya ż. X. Objawy: gorączka, kaszel, dreszcze, bóle. Na sekcji: zapal. wsierdzia; zapal. płuc włóknikowe; zapal. opłucnej. Bolniczna gaz. 1894

154. Wallace. Ropień śl. Nacięcie. Indian med. gaz. 1882.
Webb p Allan Webb.

W podanych poniżej przypadkach rozpoznanie ropnia śledziony nastęrcza duże wątpliwości.

155. d'Antona. Powiększenie śledziony; zakażenie. (Tyfus?). 20 let. mężcz. Wyzdrow. Wycięcie śledz. Gorączka. Krew prawidł.; we krwi śledziony las. podobny do tyfusowego. Riforma med. 1889.

156. Babesin. Zgorzel śl.; zapal. śl. Śmierć—bez operacyi. Na sekcji: miąższ zamienił się w masę, w której pływały martwaki śledziony; nie doszło do ropienia, gdyż przedtem nastąpiła śmierć. Allg. Wien. Med. Ztschr. 1877.

157. Pflücker i Bardenheuer. Pęknięcie śledziony. Uraz; złamanie 6-go

żebra. Mężcz. Wyzdrow. Türfliiegelschnitt; res. 2-ch ostatnich żeber: wycięcie śledziony. Objawy choroby: 11-go dnia po urazie gorączka, ból w podżebrzu lewym. Śledziona podłużnie naderwana, wewnątrz gwiazdkowate pęknięcie; leżała śledziona w wylewie krwawym, poczynającym ropieć. Po oper. było mniej, niż prawidł. Hb.; od 2-ch mies. wybitna leukocytoza. Ve-reins D. Med. Woch. 1897.

158. Bland Sutton. Rop. okołosledzionowy. Zap. tkanki łącznej miednicowej. 35 l. kob. Wyzdrow. Wycięcie śledziony. Clin. Journ. 1897.

159. Grüneisen. Ropień podprzeponowy. 36 l. Wyzdrow. Przekłucie 7 międzyż. zewn. łopatk. lin.; res. ż. VIII i IX. Objawy: bóle w boku, gorączka, stłumienie w lew. boku. Rozpoznano: rop. śl. z wtórnem zapal. opł. Po nacięciu 9-go żebra znaleziono podprzeponowy ropień. Przy opatrunku wysięk opłucnej otworzył się do jamy ropnia podprzeponowego. Archiv f. Kl. Chir. 1903.

160. Grüneisen. Ropień podprzep.; zapal. śledz. Tyfus brz. 20 l. kob. Wyzdr. Przekłucie opł.; res. ż. VIII; nacięcie. Objawy wysięku opłucnej lewej. Z jamy pomiędzy płucem i przeponą wypływa ropa; w dolnej części płuca ropień. Połączenie ropni; droga prowadziła przy ścianie kl. pierściowej. Wysięk opł. 1 raz jałowy, 2-gi — z prątk. okrężnicy. Archiv f. Klin. Chir. 1903.

161. Heurtaux. Zgorzel śledziony. Zawał. 17 l. dziew. Śmierć. Wycięcie śl. Objawy: bóle silne, guz nieruchomy. W czasie oper. okazało się skręcenie szypuły śledziony. W górnej części śledziony tkanki poczynają martwieć; nie doszło do zropienia z powodu wczesnej operacji. Bull. soc. chir. 1903.

162. Meyers. Śledz. wędrująca; zapal. okołosledzion. Zimnica. Kob. Wyzdrow. Wycięcie śl.; cięcie w smudze biały; drenowanie. Objawy: bóle, guz, mdłości, wymioty. Śledzionę, która była przemieszczona, wycięto; leżała ona w ropniu. Journ. of the Clin. m. ass. 1887.

163. H. Świeca. Ropień śledziony. Przed rokiem zimnica. 28 l. mężcz. Wyzdr. Nacięcie ściany brzusznej, drenowanie ropnia. Objawy: powiększenie śledziony, gorączka ciągła; w jednym miejscu obrzęk skóry i chelbotanie. Przypuszczano ropień lub bąblowiec śledziony. Obrzęk i chelbotanie w okolicy pępka; w tem miejscu zrobiono nacięcie długości 3-ch cali; ropy wyszło około 900 gr. Nie badano ani ropy, ani miazgi, wydostającej się z rany. Gaz. lek. 1879, str. 211.

164. H. Świeca. Ropień śledziony. Zimnica. 25 let. mężcz. Wyzdrow. Nacięcie ściany brzucha, sączkowanie. Przypuszczano ropień lub bąblowiec śledziony. Badaniem drobnowidzowem nie stwierdzono łączności i pochodzenia ropnia ze śledziony. Gazeta lek. 1879, str 211.

PIŚMIENICTWO.

- Adelmann. Die Wandlungen der Splenectomie seit dreissig Jahren. Arch. f. Klin. Chir. Bd. 36. 1887.
- Albert. Sur un cas d'abcès de la rate des pays chauds a pus stérile. Revue de Medecine. 1901.
- Antona. Splenectomia in seguito di una nuova infezione, dovuta a un bacillo spec. Riforma medica. 1889, p. 584.
- Arapoff. Stuczaj narywa sielezionki i liewago legkago poslie briusznoego tifa. Bolnicznaja gazeta. 1896.
- Archer. The Dublin Journ. of Med. science T. 81. 1886.
- Assolant. Thèse de Paris. 1898.
- Bandel. Deutsch. Arch. f. Klin. Med. 1905. Bd. 84, S. 306.
- Barbieri. Gaz. med. ital. 1876. № 10. Ref. Jahresb. f. d. ges. Med. 1876. II, S. 223.
- Berlyn. Dict. enc. de sc. med. P. 481 (Besnier).
- Bessel-Hagen. Arch. f. Kl. Chir. № 1. Bd. 62, S. 188.
- Black. Abscess of spleen cured by incision and drainage. Brit. med. Journ. 17 Oct. 1896.
- Blanc. Abcès de la rate d'origine paludique. Thèse. Paris. 1879.
- Blasi. Ascesso della milza. Gaz. degli ospedali. 1902. № 48.
- Bland Sutton. Clinical Journ. 6 oct. 1897.
- Bobinnec. Arch. de méd. nav. 1883.
- Bogdanik. O ropniach urazowych śledziony. Przegląd lekarski. 1904. № 49.
- Bontfeu. Abcès de la rate. Arch. méd. belge. 1888. № 30.
- Bouyer. Gaz. méd. de Paris. 1841.
- Bardenheuer und Pflücker. Vereinsbeitr. der D. Med. Woch. 1897. S. 155.
- Brown. The Chicago med. Journ. 1878. V. 38. (Cbl. f. Chir. 1878).
- Bryan. Rupture of spleen in typhoid Fever. Annals of surgery. 1909. № 5.
- Bull. Lancet. 7 Aug. 1882.
- Caton and Harrison. A case, where a suppurating spleen was opened and drained. Brit. med. Journ. 1888. I, p. 586.
- Carrière et Vanverts. Arch. de méd. exp. V. 11. № 4. 1900.
- Cartens J. M. A short History of splenectomy. N. Y. Med. Journ. and Phila. med. Journ. Nov. 18. 1905. (Annals of surgery. 1909. № 5).
- Chiappini. Lancet. 1845.
- Chowdhoooy. A case of abscess of the spleen cur. by operation. Brit. med. Journ. II, p. 1047. 1887.
- Chrostowski. O pęknięciach śledziony wogóle oraz z przyp. pęknięcia śledziony przy tyfusie brzuszny. Księga pamiątkowa pr. Hoyera. 1884. Str. 333.
- Cippolina. Riforma medica. 1903. № 19.
- Coates. Brit. med. Journ. 19 Jul. 1884.
- Collier. Abscess of the spleen. Lancet. 28 Nov. 1895.
- Collin. Abcès et gangrène de la rate d'or. palud. Rec. mem. med. mil. 1859, 1860.

- Cooper. British med. Journ. 18 M. 1895.
- Coutenoi. Bull. de la Soc. méd. de Besançon. 1862.
- Cozé. Journ. de méd., chir. etc. 1790. LXXXII.
- Cozé. Abscès de rate ouvert dans l'estomac. Journ. de méd. et pharm. Paris. 1879.
- Cramer. Beitrag zur Casuistik der Subphrenischen Abscesse und der Querresection der Niere. D. Zeitschr. f. Chir. 1896.
- Cromwell. Maryland med. Journ. 13 Aug. 1898.
- Curschmann. Verhandl. d. Congr. f. i. Med. Wiesbaden. 1886.
- Daconto. Sopra un caso di ascesso splenico. Il nuovo raccoglitore med. 1902. (Ref. Jahresb. f. Chir. 1903).
- Desplats. Abs. primitif de la rate, ouvert dans l'estomac etc. Journal des sciences méd. de Lille. № 10, p. 218. (Ref. Annales de la soc. Belgique de Chir. 1901).
- Déville. Bull. de la Soc. Anat. 1943.
- Dmochowski. Dyagnostyka anatomo-patologiczna. Cz. II. 1909.
- Doué. Arch. de méd. nav. 1882 Juin.
- Dunin. Deutsch. Arch. f. Kl. Med. 1887. Bd. 39, S. 349.
- Ebermaier. D. Arch. für Klin. Med. 1889. Bd. 44, S. 140.
- Eberhart. Absc. lienis. Necrosis. Emboliae. Münch. Med. Woch. 1902. № 2.
- Eichhorst. Specielle Path. und Ther. 1885.
- Esau. Ein Fall von Milzabscess nach Typhus abdominalis. 1903. Greisswald. Diessert.
- Esau. Milzabscess nach Typhus abd. D. Med. Woch. 1905. № 28.
- Fassina. Abscès de la rate dans les mal. inf. Thèse de Paris. 1889.
- Federmann. Oper. geheilter Milzabscess nach Typhus abdom. D. med. Wochenschr. 1905. № 16.
- Février. Chirurgie de la rate. 14 Congrès de Chir. Paris. 1901.
- Ferrerijs. Archiv f. Klin. Chir. 1887. Opuscula med. et physiol. Genève. 1738.
- Finkelstein. K patol. i terapii poddiafr. narywow. Dissertac. 1897. Petersburg.
- Fontoynt et Jourdrau. Un cas d'abcès de la rate des pays chauds. Arch provinciales de chir. 1902.
- Fränkel. Jahrb. d. Hamburg. Staatsk. 1890.
- Gaudiani. L'ascesso della milza. Il Policlinico, 1904 sez. prat.
- Glionna. Osservatore medica. Napoli. 1828. (Arch. gener. de med. 1828).
- Gluge. Abscès de la rate. Guérison. Bull. Acad. royale belge. 1870.
- Grand Moursel. Contribution à l'étude des abcès de la rate. Thèse de Paris. 1885.
- Gravitz. Klin. Pat. des Blutes. 1902. S. 538.
- Grüneisen. Archiv. f. Klin. Chir. Bd. 70, S. 84.
- Griesinger. Handbuch d. spec. Path. und Ther., red. v. Virchow. 1857. II, 2 Abt. S. 111.
- Hampeln. Über die Beziehungen des Magenfunduscarc. und chr. Milzabscess zu den Erkr. der linken subdiaphr. Gegend. Mittheil. aus den Grenzgeb. der. Med. und. Chir. 1900. S. 79.

- Hatchet. Med. record. v. 50. 19 sept. 1896, p. 426.
- Hartington. Abscess of the spleen. Lancet. 1905. Nov. 11.
- Haushalter. Mercr. méd. 20 Sept. 1903.
- Heinrich. Die Krankheiten der Milz. Leipzig. 1847.
- Herrlich. D. Med. Woch. 1886. S. 162.
- Herrmann. St. Petersb. Med. Zeitschr. 1867. XII. 1.
- Heurteaux. Rate déplacée dans la fosse iliaque droite. Splénectomie. Bull. soc. chir. 1893.
- Howe. Med. News. 7 Okt. 1893.
- Jaffé. Arch. f. Klin. Chir. Bd. 34. 1887. S. 606.
- Jacquinnelle. Journ. de med. etc. 1791. LXXXVIII, 360.
- Jasiński. O wycinaniu śledziony. Przegl. Lek. 1901. № 51.
- Jocaveill. Thèse de Paris. 1877. № 256.
- Iversen i Stüllern. K etiologii i klinikié poddiafr. abscessow pri briusznom tifie. Bolnicznaja gaz. 1900. № 19.
- Karewski. Vorstellung eines Falles von traum. Miiznekrose D. M. Wochenschr. 1901. № 1. Ver. Beil.
- Kernig. Petersb. med. Zeitschr. Bd. XII. 1867.
- Kirchmayr. Zur Patologie und Therapie des Milzabscesses. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. LXXXIII. S. 13.
- Köllicker. Med. Jahrbücher. Bd. 233, S. 109.
- Krieger. Über einen Fall von operativ geheilt. Milzabscess. D. med. Wochenschr. 1888. № 39.
- Küttner. Ueber sequestrierende Milzabscesse. Beitr. zur Klin. Chir. 1907. Bd. 54.
- Lampe. Ueber subphr. Abscesse. Münch med. Woch. 1895. № 20.
- Lassus. Thèse. Montpellier.
- Laspeyres. Indicat. und Result. total. Milzextirp. etc. Centralbl. f. die Grenzgeb. des Med. und Chir. 1904.
- Lauenstein. Ueber einen Fall von operativ geheiltem Milzabscess nebst Bemerkungen. D. med. Wochenschr. 1887. № 51.
- Lancereaux. Thèse de Paris. 1862.
- Ledderhose. Die chir. Krankheiten der Milz. Deutsche Chirurgie. 1890.
- Leicester. A case of eclampsia with death, due to rupture of an abscess of the spleen. Lancet. Vol. II, p. 818. 1905/06.
- Litten. Ueber septische Erkrankungen. Zeitschr. f. Klin. Med. Bd. 2, S. 380.
- Linás. Gaz. hebdom. 1855. S. 867.
- Lyon. Cases of abscess of the spleen with remarks on the organ. Assoc. M. I. London. 1853.
- Mallet. Abcès de la rate d'origine paludéenne. Rec. de Mem. Med. mil. 1859. 3 série II, 60.
- Meyer. Ob abscesach w sielezionkie. Trudy wraczej S. Petersb. Mariiinskoj bolnicy.
- Monod. Des voies d'accès sur la rate etc. Decouverte de cet organe. Bull. et mémoires de la soc. de chir. de Paris. 1903.
- Monod et Vanverts. De la résection du rebord costal pour la cure chir. des coll. soushepatiques. Revue de gynec. 1897.

- Monod. Volumineux abcès stérile de la rate. Splénotomie. Guérison. Bull. de la soc. de chir. 1892.
- Murphy. Notes of a case of succesful splenectomy. British med. Journ. Nov. 1894.
- Myers. Splenectomy for wandering spleen. Journ. of the Amer. med. assoc. 1887. Tom. № 14.
- Nolen. Revue des sciences méd. XLIV, p. 657.
- Nixon. Dubl. Journ of med.. 1876. LXII, p. 435.
- Omi. Ueber traumatische Milznekrose mit perispl. Abscess. Beitr. zur Klinisch. Chir. 1906. Bd. 51, 5359.
- Otis. Hist. of the war of rebellion II surg. vol. p. 18, case 106.
- Orłowski. Wycięcie śledziony. Gaz. lekarska. 1887. Str. 17
- Parzewski. Ein durch aspir. geheilt. Fall von Milzabsc. Medicinsk. Obozrieni. 1883. (Centrbl. f. Chir. 1884) S. 126.
- Pauchet. Ruptures de la rate. Seizième congr. de chir. 1903.
- Petrow. Stuczaj gnojnika sielezionki pri briusznom tifie. Bolnicznaja gaz. 1901. №№ 9 i 10.
- Petrowski. Wraczebnyja wiadomosti. 1877. №№ 28—31.
- Picou. Note sur certains points de l'anatomie topogr. de la rate. Bull. de la soc. anat. Paris. 1895. Sér. 6. V. IX.
- Ponfick. Virchows Archiv. Bd 60. 1874.
- Pruvost. Abcès de la rate ouvert dans l'abdomen. Bull. soc an. de Paris. 1870.
- Reyssset. Des abcès de la rate d'origine infectieuse. Thèse de Bordeaux. 1893.
- Richelot. Obs. inedite. cit. p. Vanverts 1897 (Splenectomie).
- Riddle-Goffe. Med. News 24 Dec. 1898.
- Riolo. Un caso di ascesso della milza. Riforma med. 1902. № 12.
- Riese. Beitr. zur Milzchirurgie (Abzesse und Extirpationen). Deutsche med. Wochenschr. 1908. № 8.
- Roux. Abcès de la rate. Ponctions et injections jodées. Guérison. Marseille méd. 1879.
- Roux et Vinay. La province méd. 1888. № 18.
- Routier. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1900.
- Scheller. Ein Fall von Milzabsc. auf traum. Basis. Deutsch. militärärctl. Zeitschr. 1896. Hf. 11.
- Sendler. Ein operativ geheilter Milzabscess. D. Ztschr. f. Chir. 1893. Bd. 36.
- Silberstein. Milzabscess nach heftig. Niesen. Wiener med. Presse. 1878. № 44.
- Singh. Vaste abcès de la rate, ponction, guérison. Indian med. gaz. Calcutta. 1891. XXVI, 242.
- Spear Walter. Journ. of the amer. association. 1903 (Zbl. f. Chir. 1903. S. 1194).
- Spencer Wells. British. med. Journ. 13 Jul. 1889.
- Stavely. Splenic infections. Annales of surgery 1903.
- Stepanoff. Sbornik trudow r. wr. St. Pt. Mar. Boln. 1893.
- Stojanoff. Med. Napredak. 1902. № 11—12. Bulgar. (Jahresb. f. Chir. 1903.)

- Świeca H. Dwa wypadki wrzodu śledziony, zakończone zupełnem wyzdrowieniem chorych. *Gaz. lek.* 1879. № 22.
- Tilling. *St. Petersburg. Wochenschr.* 1883.
- Trewes. A group of twenty seven abdominal operations. *The Lancet* 4 Jan. 1896.
- Trapp. Zur Kenntniss der Verletzung der Unterleibsorgane durch stumpfe Gewalt. *D. Zeitschr. f. Chir.* 1897. Bd 44, S. 393.
- Trojanow. K woprosu o lecenii poddiafragm. abscessow. *Lietopiś russk. chir.* 1896. Kn. 3, s. 475.
- Vanverts. De la splénectomie. Thèse. Paris. 1897.
- Valentini. *Berl. Klin. Wochenschr.* 1889. № 17, s. 368.
- Vedrenne. Abcès hematique de la rate etc. *Réc. de méd. mil. Paris.* 1854.
- Villemin. Cach. paludeenne. Abcès de la rate. *Rec. de mém. de méd. mil.* Sept. 1880.
- Vincent. *Le mercr. méd.* 1892. 17 Febr.
- Vidal. *Bull. de soc. anatomique.* 1853.
- Vlaccos. Abcès splénique consecutif à un anthrax chez un diabetique. *Bull. et mém. de la soc. de Chir. de Paris.* 1899. (Ref. *Hild. Jahrb.* 1900. S. 720).
- Vulpus. Beiträge zur Chir. und Physiologie der Milz. *Beitr. z. Klin. Chir.* 1894. Bd. 11.
- Wallace. Abcès de la rate, incision et drainage, guérison. *Indian med gaz. Calcutta.* 1882. XVII, p. 52.
- Weill. Abcès spontané de la rate. Mort subite. *Lyon med.* № 49. 1883.
- Wulf. Sluczaj abs. poddiafragm. *Bolnicznaja gaz.* 1894.
- Zuber. Des collections purulentes pèrispléniques. *Rev. de méd.* V. 2. 1882. P. 928.
- Ziegler. *Lehrb. d. spec. Path.* 1902.
-
-

O żebrze szyjnym

podali

E. FLATAU i BR. SAWICKI.

(Dokończenie — patrz Tom III, Zeszyt I).

Na podstawie przytoczonych tablic ułożyliśmy szereg liczb statystycznych, dotyczących płci, wieku chorych i jedno- lub dwustronnego występowania żebra szyjnego. Ponieważ jednak nie zawsze podane były w pracach obnośnych, lub w dostępnych streszczeniach, wszystkie te szczegóły, liczby te posiadają pewne luki.

Ogólna liczba ogłoszonych dotąd przypadków, które zdołaliśmy zestawić, wynosi 141. Z tych operacji dokonano w 36 przypadkach *). Płeć chorych zdołaliśmy stwierdzić w 116 przypadkach, z tych przypadło na mężczyzn 35, na kobiety zaś 81, a zatem u kobiet cierpienie to stwierdzono przeszło dwa razy częściej, niż u mężczyzn. Co do wieku, to najczęściej stwierdzono żebro szyjne w wieku między 11 i 20 rokiem oraz między 21 i 30. W wieku późniejszym cierpienie to występuje rzadziej, jakkolwiek spostrzegano je nawet u ludzi po za 61-ym rokiem życia.

Żebra szyjne znajdowano najczęściej na obu stronach. Na 97 przypadków, w których podana jest strona, na której znajdowało się żebro szyjne, w 47 stwierdzono je obustronnie, w 33 tylko z lewej strony, w 17 tylko z prawej. Sądzymy jednak, że liczba przypadków, w których żebro szyjne istniało na obu stronach, jest jeszcze znacznie wyższa, tylko że ją przeoczono, lub nie dokonywano w nich zdjęć rentgenograficznych.

Podajemy 2 tablice, które ułożyliśmy na podstawie przypadków, zebranych z piśmiennictwa oraz własnych.

*) W najnowszej swej pracy Keen podaje nieco wyższą liczbę przypadków operowanych, a mianowicie 42.

Strona			Męż- czyźni	Kobie- ty	Liczba opera- cyi	Ogólna liczba przypadków, użytych do statystyki *)
prawa	lewa	z obu stron				
17	33	47	35	81	36	141
						*) Nie we wszystkich jednak podano płeć, stronę i wiek!

Wiek	Liczba przypad- ków
1 — 10	3
11 — 20	34
21 — 30	35
31 — 40	16
41 — 50	8
51 — 60	7
61 i powy- żej	4

Przyczyny choroby.

O przyczynie powstawania żeber szyjnych to jedno da się powiedzieć, że stanowią one najprawdopodobniej cierpienie wrodzone. Istnieją przypadki, w których żebra te wykrywano w bardzo wczesnym wieku, jakkolwiek nie sprawiały one wtedy żadnych dolegliwości. W jednym np. przypadku żebro szyjne wykryto w 10-ym roku życia, gdy natomiast objawy kliniczne wystąpiły dopiero w 35-ym roku. Następnie istnieją fakty tego rodzaju, że żebra szyjne stwierdzono u 2-ch sióstr, następnie u matki i u syna — u tego ostatniego w stanie szczątkowym.

Niektórzy, jak np. Pankoast, przeprowadzają analogię pomiędzy żebrami szyjnymi i innymi wrodzonymi nieprawidłowościami narządów, a więc rozdwojonemi żebrami (costae bicipi-

tales), niedostatecznym rozwojem dolnych żeber. Na korzyść tego przypuszczenia przemawia poniekąd i ten fakt, że cierpienie to występuje najczęściej w wieku młodym. Oppenheim wskazuje prócz tego na fakt jednoczesnego występowania żeber szyjnych z gliozą, co również nadaje tej nieprawidłowości charakter objawu zwyrodnienia. Analogiczne spostrzeżenia podają również Burchardt i Marburg. Levy zwraca uwagę na kombinację tych żeber ze sclerosis multiplex, Spiller i Gittings zaś—z porażeniem opuszkowoszyjnym.

Zachodzi jednak pytanie, dlaczego objawy kliniczne występują czasami dopiero w tak późnym wieku, nawet po 50-ym roku życia? Otóż przypuszczają, że objawy chorobowe występują w tych przypadkach, w których na skutek chorób, wyniszczających organizm, znika tłuszcz w dole nadobojczykowym. W tych dopiero warunkach żebro szyjne, które do tej chwili niczem nie zaznaczało się, zaczyna wywierać ucisk na tętn. podobojczykową lub na splot ramienny i wywołuje odpowiednie objawy. Zaznaczyć jednak musimy, że objaśnienie to nie przemawia bynajmniej do naszego przekonania. Ani u naszych chorzych, ani też w wielu przypadkach, opisywanych przez innych autorów, nie zdołaliśmy stwierdzić tej ścisłej zależności powstawania i rozwoju cierpienia od jakiegokolwiek charłactwa.

W wielu natomiast przypadkach zaznaczono uraz, jako czynnik, wywołujący bezpośrednio objawy kliniczne u osób, obarczonych żebrem szyjnym. Pewną rolę (agent provocateur) przypisać należy również chorobom zakaźnym. Według Robertsa, żebra te zatracają w wieku późniejszym swą sprężystość, i fakt ten wpływa na rozwój objawów.

Murphy zwrócił specjalną uwagę na dużą rolę ucisku, wywieranego na tętn. podobojczykową w kącie między żebrem szyjnym a mięśniem pochyłym przednim. Halbertsma i Luschka wypowiadają znowu pogląd, że objawy naczyniowe występują na skutek ucisku, wywieranego przez żebro wprost na naczynie i to specjalnie podczas ruchów wdechowych. Ponieważ liczba tych ruchów wynosi około 1000 na godzinę, mogą więc z czasem powstać głębsze zmiany w ścianach tętnicy podobojczykowej, które prowadzą następnie do osłabienia tętna, a nawet do zakrzepu (Keen).

Streszczając się, sądzimy, że żebra szyjne stanowią nie-

prawidłowość wrodzoną. Nieprawidłowość może istnieć przez całe życie i nie powodować objawów chorobowych. W innych znowu przypadkach może powstać szereg objawów nerwowych i naczyniowych, które przypisać należy uciskowi, wywieranemu przez żebra na splot ramienny i na tętnicę podobojczykową.

Jako na czynniki, wywołujące cierpienie, wskazać możemy na uraz miejscowy lub oddalony, choroby zakaźne, oraz ucisk mechaniczny, wywierany na tętn. podobojczykową podczas ruchów oddechowych lub, być może, i innych ruchów kończyną górną. Czy samo żebro jest w stanie rosnąć i przez to wywołać cierpienie, — na to pytanie z pewnością odpowiedzieć nie możemy, jakkolwiek teoretycznie uważamy to za możliwe. Na korzyść tego przemawia np. spostrzeżenie Becka, który zaznaczył, że po pierwszej operacji niepełnego i podokostnowego wycięcia żebra szyjnego objawy chorobowe powróciły i znikły dopiero po powtórnej doszczętnym wycięciu żebra.

Objawy choroby.

Wywiady. Na wstępie zaraz zaznaczyć musimy, iż przypisujemy nadzwyczajną wagę wczesnemu rozpoznaniu tego cierpienia. Z własnego doświadczenia i z przeglądu piśmiennictwa odnieśliśmy to wrażenie, że ludzie, obarczeni tą nieprawidłowością, cierpieli przez czas bardzo długi, zanim lekarz wpadł na myśl, że przyczynę cierpienia stanowi żebro szyjne. Mamy tutaj na myśli te przypadki, w których objawy miejscowe w dole nadobojczykowym albo nie były wyraźne, albo zgoła nie występowały.

Jest rzeczą zrozumiałą, że stosunkowo łatwo jest rozpoznać to cierpienie w okresie zupełnego rozwoju tegoż, lecz właśnie doświadczenie wykazuje, że cierpienie to rozwijać się może przez lata całe z pewnemi, czasami dość znacznemi, wahaniami. Prócz tego objawy cierpienia bynajmniej nie wykazują jakiegokolwiek jednolitości. Czasem trapią chorego bóle lub zboczenia czucia, w innych znowu przypadkach występują zaburzenia naczyniowe: sinica, ziębienie, odżywcze (zgorzel), ruchowe: osłabienie, porażenie, zaniki mięśni. Stosunkowo rzadkie są przypadki kliniczne, w których od samego początku choroby rzucały się w oczy zmiany miejscowe w dole nadobojczykowym.

Z tego też powodu dla lekarza praktyka, jak zwykle, tak szczególnie w tem cierpieniu, posiadają niepospolitą wartość wywiady.

Uważaliśmy przeto za pożyteczne zaczerpnąć jeszcze raz jeden z tablic, przedstawionych powyżej, krótkie wzmianki wywiadowe, ułożone w pewnym porządku chronologicznym co do czasu trwania choroby. Sądzimy, że ich odczytanie da daleko lepszy obraz okresu wstępnego choroby, niż opis sumaryczny danych odnośnych. U rozmaitych chorych wywiady przedstawiały się więc w sposób następujący:

Chora ma 35 lat. W 10-ym roku życia żebro szyjne w postaci narosli. Objawów nie było, wykryto przypadkowo.

Od 12 lat — narosł w dole nadobojczykowym i od tego czasu bóle nad obojczykiem. Do tego przyłączyło się drętwienie, ziębienie i osłabienie kończyny górnej, ochrypnięcie.

Od 11 lat — skargi na drętwienie, ziębienie, niemożność wypełniania drobnej pracy ręcznej.

Przed 11—10 laty rozpoznano żebro szyjne, objawy kliniczne dopiero od 2 lat.

Przed 10 laty — mrowienie w kończynie górnej w czasie podnoszenia ciężarów, stopniowy zanik kończyny górnej, niemożność wykonywania pracy podczas zimna.

Od 10—9 lat bóle, promieniujące wzdłuż ramienia. Bóle te zmniejszały się, gdy chory leżał, lub trzymał kończynę wysoko. W tej samej okolicy — mrowienie i drętwienie.

Przed 7 laty — bóle z jednej strony szyi i narosł kostna, która stanowiła przeszkodę w obrotach głowy. Od roku zanik kłębu dużego i utrudnione ruchy kończyną górną. Prócz tego — bóle w całej odnośnej połowie ciała, kula histeryczna, krótki oddech, bicie serca.

Przed 4 laty — uczucie zasypiania ręki. W przeciągu ostatnich 2 lat ociężałość kończyny górnej i utrudnione wykonywanie drobnych ruchów palców. Ręka zimna.

W przeciągu ostatnich lat stwierdzono osłabienie tętna w t. promieniowej. Przed trzema miesiącami — uraz ręki i po upływie 3 dni — bóle b. mocne w stawie napięstkowym, i następnie bóle aż do łokcia. Palce i dłoń blade, kończyna górna — słabła i chudła. Od 4 tygodni — brak tętna.

Od 3 lat — narośl tętniąca w okolicy dołu nadobojczykowego i bóle.

Przed 2 laty — bóle w ramieniu i w karku. Od 6 miesięcy bóle zmniejszyły się.

Przed 2 laty — uraz palca. Pozostały bóle w przedramieniu aż do karku, drętwienie i uczucie zimna w palcach. Tętniak t. podobojczykowej. Po miesiącu tętniak stwardniał i bóle znikły.

Przed rokiem chory żołnierz zauważył, że rzemień od tornistra sprawiał ból. Następnie — bóle samoistne w okolicy nadobojczykowej.

Przed rokiem — bóle pod pachami, w okolicy łopatek i w jednej kończynie górnej. Następnie bóle znikły, lecz pozostało osłabienie kończyny górnej. Przed 3 miesiącami — bardzo dotkliwy ból w jednej łopatce aż do ręki. Zanik kłębu dużego. Od $\frac{1}{2}$ roku — bóle nad obojczykiem i w ramieniu, narośl tętniąca.

Od kilku miesięcy bóle i osłabienie kończyny górnej, brak tętna w naczyniach przedramienia, tętniak t. podobojczykowej. Stopniowo bóle zmniejszyły się i chory rozpoczął pracę. Samoistne zagojenie się tętniaka.

Przed 2 miesiącami — bóle średniego natężenia na jednej stronie szyi.

Od 7 tygodni bóle w karku i ramieniu, mrowienie w palcach.

Przed 10 dniami bóle nad obojczykiem i promieniujące do ramienia. W przeciągu 4 dni — całe ramię sztywne, również palce ręki, bóle od najłagodniejszych ruchów, obrzęk, sinica ręki i przedramienia.

Początkowo bladość i drętwienie w palcach jednej ręki. Następnie — osłabienie tej ręki, zaczerwienienie, obrzęk i obolałość drugiej ręki. Tętno znikło aż do okolicy środkowej ramienia. Zgorzel II, następnie III i IV palców jednej ręki i t. d.

Z tego zarysu danych wywiadowych, dotyczących przypadków poszczególnych, widać, jak różnorodny może być okres wstępny cierpienia! Długie lata przejść mogą, zanim wykryte oddawna żebro szyjne wywołuje objawy niepokojące chorego. Czasem wystarcza niewielki uraz, by powstało cierpienie. W innych znowu przypadkach objawy kliniczne najpierw zwracają na się uwagę, i prowadzą do wykrycia żebra szyjnego.

Objawy kliniczne, od których cierpienia rozpoczynają się, nie są bynajmniej jednolite ani co do swego natężenia, ani co do kategorii. Są to atoli przeważnie bole, po największej części — jednostronne, umiejscowione w okolicy pasa barkowego, promieniujące wzdłuż odpowiedniej kończyny do ręki. Bardzo często pierwszym zwiastunem choroby bywają zaburzenia czucia w postaci drętwienia i mrowienia ręki. Często również powstają na początku choroby objawy naczynioworuchowe w postaci białych, zimnych rąk lub i przedramienia, i sinicy. Wcześniej może wystąpić osłabienie lub brak tętna. Objawy miejscowe widoczne: narośl kostna w dole nadobojczykowym, tętnienie t. podobojczykowej, wzgl. tętniak tego naczynia, nie są bardzo częste.

Bardzo rzadko powstają we wczesnych okresach cierpienia zaniki mięśni, znacznie częściej — osłabienie całej kończyny górnej lub pewna niezbornosć drobnych ruchów palców. Również rzadkie są objawy odżywcze w postaci zgorzeli palców.

W każdym bądź razie w wywiadach przeważają objawy czuciowe: bóle, zaburzenia czucia; w drugiej zaś linii — objawy naczynioworuchowe: ziębienie, białosć, sinica ręki, i następnie dopiero objawy miejscowe — narośl kostna, tętnienie w dole nadobojczykowym, objawy ruchowe: osłabienie kończyny, w ostatnim dopiero rzędzie objawy odżywcze: zanik mięśni, zgorzele palców.

* * *

Objawy, występujące u ludzi z żebrzem szyjnym, najlepiej jest podzielić na I) objawy miejscowe i II) objawy czynnościowe, jak to czyni Ehrich.

I. Objawy miejscowe polegają na tem, że u chorych powstaje w dole nadobojczykowym bardziej lub mniej wyraźne uwypuklenie; leży ono na 1—2 palce poprzeczne powyżej środka obojczyka (Keen) Przyczynę tego uwypuklenia może stanowić narośl kostna — żebro szyjne b. rozszerzone i tętniąca t. podobojczykowa, lub też jednocześnie oba te zjawiska.

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że istnieje szereg przypadków, w których na oko niepodobna jest stwierdzić jakiegokolwiek uwypuklenia we wskazanym tylko co dole nadobojczykowym. W przypadkach tych inne objawy czynnościowe

naprowadzają na myśl objawy obecności żebra szyjnego i wtedy dopiero udaje się stwierdzić je drogą obmacywania. Faktowi temu nie można dziwić się, jeżeli mieć na uwadze duże wahanie długości owych żeber szyjnych. W przypadkach odpowiednich stwierdzono długość od 2 do 15 ctm.! Wobec tego staje się jasnym, jak wielkim wahaniom musi ulegać zmiana wyglądu dołu nadobojczykowego.

Zwykle udaje się z łatwością wymacać palcem poprzez skórę i mięśnie żebro szyjne. Daje się ono przesledzić od kręgu szyjnego w kierunku na zewnątrz i ku dołowi — do I żebra. W bardzo rzadkich przypadkach żebro szyjne zaczyna się nie od VII, lecz od VI a nawet V kręgu szyjnego. W jednym przypadku narośl okazała się w postaci 2 żeberek, które łączyły się z VI i VII kręgami. Żeberka te otaczały tętnicę podobojczykową. Co zaś dotyczy jego przymocowania, to w przypadku Aldersona — łączyło się ono z II żebrem. Żebro szyjne biegnie, jak wskazaliśmy, ku pierwszemu żebru. Przeważnie z nim nie łączy się, lecz natomiast kończy się swobodnie w pewnym oddaleniu od pierwszego żebra.

Żebro szyjne przedstawia się w postaci narośli twardej, prawie zupełnie nieruchomej. Jest ono zwykle bardziej rozwinięte tylko na jednej stronie szyi, jednakowo dość często istnieje ono na obu stronach (patrz wyżej), ostatni fakt stwierdzić można znacznie częściej za pomocą fotografii Roentgena, aniżeli za pomocą obmacywania.

Na jedną okoliczność pragnęlibyśmy zwrócić uwagę, tembardziej, że zwykle bywa ona pomijana w opisie klinicznym. Mamy na myśli ból, częstokroć bardzo wybitny, powstający od uciskania żebra szyjnego (p. niżej w objawach czuciowych).

Do objawów miejscowych zaliczyć należy boczne skrzywienie kręgosłupa z następującymi swoistymi cechami: wysokie umiejscowienie skrzywienia: dolne kręgi szyjne i górne grzbietowe, znaczna sztywność, przegięcie i przechylenie głowy, stąd niejaki podobieństwo do szyi krzywej — torticollis, nierównomierność twarzy i okolicy szyjno-grzbietowej. Należy zaznaczyć, że skrzywienie kręgosłupa zazwyczaj bywa zwrócone wypukłością do żebra szyjnego, a w razie takiegoż żebra na obu stronach — do żebra mocniej rozwiniętego.

Dla wytłumaczenia przyczyn tego zбочenia tworzono roz-

maite teorye. Hoffa przypuszczał, że wskutek ucisku ze strony żebra szyjnego na splot ramienny występuje zanik mięśni i niedowład odpowiedniego ramienia, co może wtórnie spowodować skrzywienie podobnie do tego, jak wytwarza się skrzywienie boczne statyczne w przypadkach porażenia dziecięcego. Teorya ta upadła wobec braku wszelkich objawów ucisku i porażenia w opisanych przez Garrêgo i innych przypadkach. Z tych samych względów upadła i teorya odruchowa Helbinga, jako także oparta na ucisku nerwów. Wzamiem tego Garrê oparł swoją teoryę na asymetrii mięśni, towarzyszącej zwykle żebrowi szyjnemu. Asymetrya ta polega na tem, że przebieg i umocowanie mięśni pochyłych i międzyżebrowych na stronie żebra szyjnego bywają inne, niż na stronie przeciwległej. Ta właśnie asymetrya mięśni w połączeniu z asymetryą tętnic i nerwów, zdaniem Garrêgo, tworzy wrodzone usposobienie do skrzywienia bocznego, które to skrzywienie powstaje dopiero następczo. Jednakże i ta teorya okazała się niezadawalającą. Słusznie zwrócił uwagę Eckstein, że gdyby główną rolę odgrywała asymetrya mięśni, powinniśmy omawiane skrzywienie w żebrze szyjnym spotykać częściej, niż to ma miejsce w rzeczywistości. Z pomiędzy 35 badanych przez siebie okazów żebra szyjnego Eckstein znalazł w 22 warunki, wymagane przez Garrêgo, a tymczasem w żadnym z nich nie było skrzywienia. To też obecnie najwięcej zwolenników pozyskała sobie teorya, głosząca, że skrzywienie boczne kręgosłupa w danym razie nie jest objawem wtórnym, lecz przedstawia sobą zboczenie wrodzone. Na korzyść wrodzonego pochodzenia bocznego skrzywienia przemawiają i spostrzeżenia Drehmanna, który na rentgenogramatach w pięciu przypadkach żebra szyjnego ze skoliozą (z ogólnej liczby siedmiu) znalazł klinowaty krąg szczątkowy, wsunięty pomiędzy ostatni krąg szyjny i pierwszy grzbietowy. Do tego kręgu szczątkowego było przyczepione żebro dodatkowe. W 3 z tych 5 przypadków zdołano prócz tego stwierdzić podobny krąg szczątkowy dolny, t. j. leżący między grzbietową i lędźwiową częścią kręgosłupa. Ten dolny krąg szczątkowy leżał na stronie odmiernej, aniżeli górny, jak gdyby dla zrównoważenia tego ostatniego. W jednym przypadku Drehmanna zauważono również skrzywienie boczne kręgosłupa u starszej siostry, która jednak nie miała żebra dodatkowego.

Także i Hochenegg uważa skrzywienie boczne w przypadkach żebra szyjnego za wrodzone.

Jako na następny niemniej ważny objaw miejscowy wskazać możemy na tętnienie w okolicy nadobojczykowej. Tętnienie to występuje w tych przypadkach, w których t. podobojczykowa jest uciśnięta przez odpowiednio długie żebro szyjne, przebiegające pod naczyniem; w przypadkach tych powstać może tętniak t. podobojczykowej (p. niżej opis objawów naczyniowych). Podnieść należy okoliczność, że tętniak t. podobojczykowej, spowodowany żebrem szyjnym, odznacza się przebiegiem łagodnym. Mianowicie, spostrzegano przeważnie samoistne wyleczenie się tętniaka drogą tworzenia się zakrzepu.

II. Objawy czynnościowe podzielić należy na a) objawy ze strony układu nerwowego i b) objawy ze strony układu naczyniowego.

a) Objawy ze strony układu nerwowego.

Powyżej zwróciliśmy uwagę na wybitną rolę, jaką odgrywają objawy czuciowe w wywiadach chorych, obarczonych żebrem szyjnym. Objawy te należy również wysunąć na plan pierwszy w omawianiu zmian czynności odpowiedniej kończyny górnej.

Chory skarży się często na bardzo dokuczliwe bóle w okolicy szyi i na bóle, promieniujące wzdłuż całej kończyny górnej do palców. Czasem ból promieniuje do głowy. Bóle te są czasami nader uporczywe, tak że stosowanie nawet środków, skądinąd dla nerwobólów swoistych, wywiera wpływ niepełny i niedługotrwały. Wypada więc czasami uciekać się do wstrzyknięć morfiny. Szczegół ten uważamy za dość znamienny przez wzgląd na rozpoznanie różniczkowe. Nie zawsze bóle te zajmują dużą przestrzeń. W niektórych przypadkach chorzy odczuwają ból wyłącznie w okolicy szyi lub też wyłącznie w palcach rąk.

Przeważają jednak bóle, promieniujące wzdłuż całej kończyny. Bóle te czasami zajmują z początku małą przestrzeń i dopiero w dalszym przebiegu cierpienia szerzą się na dalsze okolice. Bóle te wykazują wahanie zarówno co do czasu, jak i co do napięcia. Niektóre warunki mechaniczne wywołują czasami bóle, np. obroty głowy, wyprostowanie szyi. Niekiedy bóle te nasilają się nawet w zwykłej rozmowie lub lękaniu.

Prócz tego podkreślamy fakt, że ucisk, wywierany na okolicę żebra szyjnego, wywołać może, jakkolwiek nie zawsze, ból nadzwyczaj mocny. Okolica ta była w naszych przypadkach tak ściśle ograniczona, że sprawiała wrażenie punktu, którego ucisk sprowadzał ból. Punkt ten odpowiadał mniej więcej t. zw. punktowi Erba. Te podmiotowe objawy czuciowe nie zawsze mają charakter bólu. Chorzy odczuwają czasami rozmaite zaburzenia czucia. Najczęściej spotykamy się z uczuciem drętwienia, mrowienia i ziębienia w palcach rąk!

Omawiając podmiotowe odczuwanie cierpienia, nie możemy pominąć szeregu objawów, które, zdaniem naszym, niezbyt rzadko występują u odnośnych chorych. Mamy na myśli objawy histeryi lub usposobienia neuropatycznego. Chorzy mogą się więc skarżyć na bóle nie tylko w odpowiedniej kończynie górnej, lecz w całej połowie ciała tej samej strony. Prócz tego napotykamy tutaj skargi wybitnie histeryczne, jak kulę histeryczną, i wielką zmienność odczuwań, zależnie od sugestyi i antisugestyi. Chorzy tej kategorii wskazują również na bicie serca, krótki oddech i uczucie duszności i tłoczenia w piersi i t. d. Napotykamy również neuropatyczne objawy w dziedzinie duchowej: zboczenia płciowe, usposobienia dziwaczne i t. p.

Oprócz podmiotowych objawów czuciowych mogą wystąpić przedmiotowe zmiany czucia. Zdarza się to jednak nadzwyczaj rzadko. W całym piśmiennictwie odnośnem spotykamy je zaledwie w kilku przypadkach. Zmiany te polegają na tem, że czucie w odpowiedniej kończynie górnej może być osłabione albo nawet zniesione w okolicy, odpowiadającej poszczególnym nerwom splotu ramiennego. Tak np. spostrzegano w okolicy n. skórno-ramiennego i przedramiennego wewnętrznego zanik czucia dotykowego i cieplikowego wobec zachowanego, aczkolwiek osłabionego, bólowego.

W innym znowu przypadku zauważono zmiany t. zw. zmysłu mięśniowego w palcach, i czucia stereognostycznego ręki wobec zachowanego czucia dotykowego i bólowego; stwierdzono również znieczulenie w dziedzinie V i VI korzeni szyjnych, również w dziedzinie poniżej położonych korzonków. Przeważnie jednak mamy do czynienia z podmiotowymi zmianami odczuwania bez wyraźnych przedmiotowych zmian czucia.

Drugą z kolei kategorię objawów zmienionej czynności

nerwowej ze strony kończyny górnej stanowią zmiany w układzie mięśniowym.

Występują tu zmiany ruchowe i zaniki mięśni, jako objaw zmienionego odżywiania. Ruchy w kończynie górnej są często-króć osłabione. Osłabienie to powstaje bądź to na skutek bólów, które towarzyszą tym ruchom, bądź też na skutek zaniku mięśni. Chorzy wykonywają wtedy ruchy we wszystkich stawach powoli i niezręcznie. Porażenia zupełnego kończyny górnej nie stwierdzono jednak nigdy. Podkreślić należy spostrzeżenie, że względnie najczęściej występują zmiany wybitne w mięśniach ręki, a mianowicie w m. kłębu dużego i małego. Rzadziej spotykamy zaniki m. m. międzykostnych. W przypadkach odpowiednich uderza odrazu, na pierwszy rzut oka, wybitny zanik tych mięśni, nadający ręce wygląd nader swoisty, zbliżony do t. zw. ręki małpiej. W mięśniach ramienia i przedramienia może powstać wychudnięcie, lecz bywa ono zwykle nieznaczne i nie ogranicza się do poszczególnych mięśni lub fizjologicznie wyodrębnionych grup mięśniowych. W przypadkach pojedynczych spostrzegano porażenie i zanik mięśni przedramienia (np. m. *extensor carpi ulnaris*, a nawet pasa ramiennego, np. m. *serrati antici*). W zanikłych okolicach stwierdzono ilościowe osłabienie oddziaływania zarówno nerwów, jak i mięśni na prąd elektryczny. W przypadkach wybitnego zaniku kłębu dużego i małego stwierdzić w nich można nawet odczyn zwyrodnienia.

b) Objawy ze strony układu naczyniowego.

Przytaczamy opis, podany przez Fischera, który najlepiej określa stosunek żebra szyjnego do krwiobiegu w t. podobojczykowej i w jej rozgałęzieniach: 1) żebro szyjne zupełnie nie wpływa na krwiobieg we wskazanych tylko co naczyniach w przypadkach, w których jest ono bardzo krótkie i t. podobojczykowa przebiega ponad I żebrem; 2) nawet tam, gdzie t. podobojczykowa biegnie ponad żebrem szyjnym, występuje tylko w niewielu przypadkach zaburzenie w obiegu krwi; 3) zaburzenia te powstają wogóle tylko u ludzi dorosłych; 4) powstają one w ten sposób, że tętnica podobojczykowa, naciągnięta ponad żebrem szyjnym, zostaje zarazem uciśniętą, na skutek tego ciśnienie krwi w naczyniach kończyny górnej opada aż do krzepnięcia krwi. Tylko w ten sposób można objaśnić to zjawisko, pole-

gające na tem, że tętno w t. promieniowej nie powraca nawet po wytworzeniu się krążenia obocznego, gdy natomiast tętno to zwykle powraca po podwiązaniu t. podobojczykowej. W przypadkach tych tworzą się na palcach ręki pęcherze i drobne owrzodzenia, które nie przeszkadzają jednak w pracy; 5) w innych znowu przypadkach powstają walcowate lub wrzecionowate rozszerzenia t. podobojczykowej. Powodu do tego rozszerzenia szukać należy w zwiększonym napięciu fali krwi od miejsca t. podobojczykowej ponad żebrem szyjnym aż do tego miejsca, w którym naczynie to podchodzi pod obojczyk; krew nie krzepnie w tętniaku tak długo, jak tętnice kończyny górnej są drożne. Tętniak może pozostać przez lata całe w postaci, nie wykazującej zmian; 6) w innych znowu przypadkach powstaje na skutek tylko co wymienionych warunków tętniak t. podobojczykowej i jednocześnie ciśnienie krwi w naczyniach kończyny opada do tego stopnia, że następuje zakrzep wstępujący od ręki aż do tętniaka, który się ostatecznie zamyka; 7) w przypadkach tych nie wydaje się być wskazana operacja tętniaka; 8) należy pamiętać o tem, że t. podobojczykowa może przebiegać wysoko nawet u ludzi, nie posiadających żebra szyjnego.

Z tego krótkiego szkicu jest widoczne, jakie objawy naczyniowe mogą powstać w przebiegu cierpienia omawianego. Pomijając możność tworzenia się tętniaków, jako należących do t. zw. objawów miejscowych, powstać może szereg objawów naczyniowych, zaczynając od nieznacznego osłabienia tętna aż do owrzodzeń i zgorzeli skóry. Najczęstszym objawem naczyniowym jest osłabienie lub brak tętna w t. podobojczykowej. Bardzo rzadko natomiast powstaje obrzęk (Keen); czasem obrzęk ten wraz z sinicą oraz drętwieniem powstaje po krótkim użyciu kończyny górnej do pracy (Osler). Brak tętna może dotyczyć również innych naczyń przedramienia, a nawet ramienia. W związku ze zmianami w obiegu krwi mogą powstać takie objawy, jak sinica, zabarwienie czerwone lub blade kończyny górnej, która bywa zimna i spocona. Objawy te występują najwyraźniej w częściach kończyny dalszych, t. j. w ręce. W razie znacześniejszych i długotrwałych zmian naczyniowych powstaje zgorzel ręki, przeważnie palców.

Jako osobliwość przypominamy jedno spostrzeżenie, w któ-

rem żebro szyjne składało się właściwie z 2 żeberek, obejmujących t. podobojczykową, i na skutek tego tętno znikało podczas wdechania.

* * *

W krótkości tylko przytaczamy objawy, które występują bardzo rzadko, lub są przypadkowe i luźno związane z cierpieniem podstawowem. Otóż niektórzy bardzo nieliczni autorowie spostrzegali zaburzenia w polykaniu, ochrypnięcie i objawy ze strony nerwu współczulnego. Gordon zwraca uwagę, że żebro szyjne może wywołać szereg objawów, zależnych, być może, od uszkodzenia współczulnego nerwu szyjnego, jako to 1) wzmożoną czynność serca; 2) nadmierne tętnienie t. podobojczykowej oraz jej rozszerzenie; 3) nieprawidłową wrażliwość kończyny górnej na zimno i 4) rozrost tarczycy. Müller i Schönebeck spostrzegali porażenie włókien żrenicowych, Hirsch zaś — wybitne pocenie się i ziębienie na jednej stronie, natomiast suchość i wzmożoną ciepłotę na drugiej. Natomiast w jednym przypadku porażenie n. wstecznego powstało na skutek bujania gleju ośrodkowego (gliosis centralis). Stosunkowo najczęściej napotkać można objawy histeryi, o których mówiliśmy powyżej.

* * *

Na podstawie danych powyższych uważamy za najbardziej swoiste objawy żebra szyjnego objawy miejscowe w dole nadobojczykowym, uwypuklenie tętniące, b. mocne, uporczywe, prawie zawsze jednostronne, bóle promieniujące od tego dołu wzdłuż kończyny górnej do ręki, osłabienie tej kończyny, następczy zanik kłębu dużego i małego i osłabienie lub brak tętna. Tam, gdzie objawy te w tym właśnie zespole są wyraźne, rozpoznanie nie nastręcza dużych trudności. Bezwzględną pewność daje zdjęcie fotograficzne za pomocą promieni Roentgena.

Kilka słów pragnęlibyśmy poświęcić rozpoznaniu różniczkowemu.

Przypadki, w których żebro szyjne wywołuje szereg objawów, rzucających się wprost w oczy, jako to: wywyższenie w okolicy nadobojczykowej, ewentualne tętnienie, b. duże bóle promieniujące, zanik kłębu dużego i małego — rozpoznanie jest

łatwe. Napotykamy jednak szereg t. zw. formes frustes, w których objawy albo nie występują w pewnym swoistym zespole, albo też powstają pojedynczo. I tutaj łatwiejsze jest rozpoznanie tam, gdzie są wyraźne objawy miejscowe, gdyż oprócz żebra szyjnego objawy te mogą powstać na skutek innej narośli, którą jest łatwo wyłączyć. Mamy więc na myśli narosty kostne I żebra, następnie — nowotwory natury odmiennej (osteosarcoma i inne). Badanie szczegółowe, głównie zaś fotografia Roentgena, zawsze wyświetli sprawę.

Najtrudniejsze pod względem rozpoznania są te przypadki, w których właśnie objawy miejscowe w dole nadobojczykowym nie występują wyraźnie, lub też nie widać ich zupełnie, a należy dopiero wykryć je za pomocą obmacywania. Nawet u tych chorych udało się nam stwierdzić dość ściśle umiejscowiony ból na ucisk, odpowiadający mniej więcej t. zw. punktowi Erba. Chorzy tego rodzaju wskazują na zбочenia czucia w palcach, bóle w kończynie górnej, osłabienie jej, zmianę zabarwienia, w niektórych zaś przypadkach przyłączają się zmiany odżywcze mięśni i skóry. Przychodzą wtedy na myśl cierpienia następujące.

Objawy zбочenia czucia w kończynie górnej, głównie zaś w ręce, i osłabienie tej kończyny mogą istnieć na początku syringomyelii. To ostatnie cierpienie rozpoczyna się dość często właśnie od zбочeń czucia w jednej kończynie górnej, wyłączamy jednak tę chorobę dzięki temu, że stwierdzić można z łatwością swoiste dla gliozy rozszczenie czucia. Poza tem bóle, jakkolwiek mogą istnieć i u chorych na syringomyelię, jednak nie są nigdy tak mocne i tak uporczywe, jak to może zdarzyć się w żebrze szyjnym.

Nie należy jednak zapominać, że były opisane przypadki, w których stwierdzono zespół syringomyelii z żebrzem szyjnym (Borchardt, Openheim, Marburg). Bóle, zбочenia czucia i osłabienie jednej kończyny górnej mogą powstać w cierpieniu artrytycznym, następnie — w wjadzie rdzenia i w t. zw. „claudication intermittente“ kończyny górnej. Objawy, towarzyszące tym cierpieniom, są tak dalece swoiste, że bliższe omawianie uważamy za zbyteczne. Jedynie claudication intermittente kończyny górnej może nastęrczyć pewne trudności. Może się zdarzyć, że objawy, które są spowodowane żebrzem szyjnym, wy-

stępują wyłącznie w użyciu kończyny (np. w spostrzeżeniach Oslera). Poza to brak tętna jest wspólny obu tym cierpieniom. Zaznaczyć jednak należy, że jeżeli żebro szyjne spowodowało brak tętna, to z pewnością nie przedstawi trudności ustalenie objawów miejscowych w dole nadobojczykowym. Objawy bólowe i osłabienie kończyny górnej mogą być spowodowane następnie przez zapalenie przerostowe części szyjnej opony twardej rdzenia, w którym również powstają bóle, zboczenia czucia, zaniki mięśni rąk i t. d. Objawy te powstają jednak obustronnie w kończynach górnych, w dalszym zaś przebiegu cierpienia przyłączają się objawy kurczowoporażne ze strony kończyn dolnych, zaburzenia w oddawaniu moczu i t. d. Bóle, zboczenia czucia i objawy ruchowe mogą powstać w kończynie górnej również w zapaleniu nerwów, specjalnie — w zapaleniu urazowym splotu ramiennego. W przypadkach tych przychodzi nam z pomocą wywiady, podane przez chorego, objawy miejscowe oraz fotografia świetlna.

Są to główne cierpienia, o których należy myśleć w rozpoznawaniu żebra szyjnego. W krótkości tylko nadmienić należy, że w przypadkach, w których występują wyłącznie zboczenia czucia rąk, wyłączyć należy t. zw. akroparestezyę, w innych znowu z objawami naczynioruchowymi — sinicą lub błądnością rąk — należy wyłączyć t. zw. chorobę Raynauda (asphyxie locale symétrique).

W tem ostatniem cierpieniu objawy syncope rąk zjawiają się w postaci napadów obustronnych, charakterystycznych zmian troficznych i t. d.

Leczenie.

Wskazanie do zastosowania tej lub innej metody leczenia jest w zupełności zależne od tego rodzaju objawów, jakie występują na plan pierwszy w cierpieniu omawianem. Pod tym względem możnaby podzielić przypadki odnośne na 3 większe grupy. Do pierwszej zaliczylibyśmy te przypadki, w których żebro szyjne zostaje stwierdzone przypadkowo, lub też rzuca się w oczy przez wybitne uwypuklenie dołu nadobojczykowego, w których jednakże niema żadnych objawów cierpienia, jako to: bólów, zaburzeń ruchowych, zaników i t. d. Przypadki te

można pozostawić bez interwencji lekarskiej, ograniczając się do udzielenia chorym rady, by unikali urazu.

Do drugiej kategorii zaliczamy te przypadki, w których żebru szyjnemu towarzyszą słabo wyrażone objawy ze strony układu naczyniowego i nerwowego. W tych razach operacja nie może być uważana za bezwarunkowo wskazaną. Ollier przez dłuższy przeciąg czasu spostrzegał pacyenta z żebrzem szyjnym, które wywołało lekkie zmniejszenie tętna w odpowiedniej tętnicy promieniowej, stan pacyenta nie ulegał zmianie. Nawet tętniak tętnicy podobojczykowej nie może być uważany za bezwzględne wskazanie do operacji. Z wyżej przytoczonych danych już nam wiadomo, że takie tętniaki mają skłonność do samowyleczenia z wytworzeniem obocznego krwiobiegu. W tętniakach tworzyły się zakrzepy, ginęło tętno w tętnicy promieniowej, niekiedy występowała nawet zgorzel części palców, a pomimo to sprawa ograniczała się, objawy niedokrwistości w kończynie zmniejszały się, i zdolność jej do pracy wracała (Hodgson, Cooper, Adams i inni). W celu wywołania zakrzepów w tętniaku Poland i Fischer stosowali z powodzeniem w swoich przypadkach długotrwały ucisk na tętniak. W obu razach w przypadku Poland po 96 godzinem ucisku palcami otrzymano wynik pomyślny. W tymże samym celu wywołania zakrzepów proponowano (Fischer) stosować wysokie ułożenie kończyny i lód na okolicę tętniaka. Tam, gdzie występowały wybitne objawy zaburzeń w krążeniu, zgorzel na końcach palców, stosowano z powodzeniem ciepłe okłady i mięsienie kończyny.

Pomimo, że w wielu przypadkach tętniaków tętnicy podobojczykowej otrzymano zadawalający wynik drogą leczenia nieoperacyjnego, uważamy jednakże za środek pewniejszy, zwłaszcza w razie wyraźniejszych zaburzeń w krążeniu, zastosować metodę operacyjną. Podwiązanie tętnicy podobojczykowej, względnie — wycięcie żebra szyjnego są w tym razie wskazane. Takie podwiązanie tętnicy wykonał w drugim swoim przypadku Poland i otrzymał wyleczenie.

Bóle, o ile występują rzadko, nie są bardzo dokuczliwe, nie są połączone ze zmianami odżywczymi lub wybitniejszymi zmianami w krążeniu, same przez się również nie przedstawiają jeszcze bezwzględnego wskazania do operacji. Dotyczy to

zwłaszcza osobników nerwowych, u których na powstawanie bólów mogą składać się rozmaite czynniki. W tych przypadkach może okazać się korzystnym zastosowanie prądu elektrycznego stałego na okolicę dołu nadobojczykowego, unikanie wszelkiego ucisku na tęż okolicę, unikanie zbyt gwałtownych ruchów odpowiednią kończyną, wreszcie — czasowe zastosowanie środków aptecznych — antineuralgicznych. W opisanem przez nas spostrzeżeniu VIII pacjentka z powodzeniem stosowała gorące okłady na odpowiednią okolicę nadobojczykową.

Trzecią, najważniejszą kategorię stanowią te przypadki, w których na plan pierwszy występują cięższe objawy uciskowe ze strony układu nerwowego i naczyniowego, jako to: silne i uporczywe bóle, zaniki mięśni, sinica kończyny, zgorzel i t. p. W tych przypadkach uważamy operację za jedyny pewny sposób leczenia. I w tych przypadkach proponowano stosować prąd stały na okolicę nadobojczykową i prąd przerywany w miejscach zaniku mięśni. Stosowano środki kojące, jak piramidon i inne, kąpiele, okłady, mięsienie. Z własnego doświadczenia powiedzieć jednak możemy, że wywołane żebrem szyjnym bóle mogą być tak dokuczliwe i tak uporczywe, że środki wspomniane sprowadzić mogą tylko ulgę chwilową i niezupełną. Bóle dochodzą czasami do tak silnego napięcia, że tylko morfina zdolna jest je na pewien czas uśmierzać. Dla tego też nie wahał się twierdzić, że tam, gdzie żebro szyjne wywołuje bóle silne i uporczywe, lub gdzie występują objawy wybitnej sinicy i zgorzeli, należy bezwarunkowo wykonać wycięcie tegoż żebra.

Pierwszą operację wycięcia żebra szyjnego wykonał Boote w r. 1861. Przypadek ten jednakże długo pozostał odosobniony, i dopiero w r. 1890 Planet wykonywa drugą operację. W obydwu przypadkach dokładne rozpoznanie żebra szyjnego uczyniono dopiero podczas samej operacji. Po r. 1892, gdy Fischer ogłosił dokładny opis operowanego przez siebie przypadku, chirurgowie poczynają zwracać coraz pilniejszą uwagę na to cierpienie. W ostatnich czasach wycięcia żeber szyjnych stały się coraz częstszymi tak, że Keen w swej statystyce, doprowadzonej do r. 1906, podaje ogólną liczbę wykonanych operacji — 42. Na nieszczęście, Keen nie przytacza w swej bardzo wartościowej pracy źródeł, z których czerpał dane do tej

statystyki. Muszą być te dane oparte przeważnie na mało dla nas dostępnych źródłach amerykańskich. To też nasza statystyka, doprowadzona do ostatnich czasów, przedstawia się skromniej, gdyż wynosi ogółem 36 przypadków wycięcia, włączając w to i nasze trzy, (na ogólną liczbę 144 przytoczonych spostrzeżeń).

Sama operacja nie należy do rzędu zbyt trudnych. Różni chirurdzy stosowali rozmaite cięcia, które Keen sprowadza do trzech zasadniczych: 1) cięcie poziome albo zbliżone do tegoż, 2) cięcie pionowe albo ukośnopionowe, 3) połączenie tych obu cięć, t. j. cięcie, którego jedna część jest pozioma a druga—pionowa. W razie długiej cienkiej szyi radzi Keen stosować cięcie pionowe; w przypadku krótkiej, grubej — cięcie kombinowane; tam, gdzie szyja jest średniej długości z umiarkowanym pokładem tkanki tłuszczowej podskórnej, może być wskazane cięcie poziome. Poza ukształtowaniem szyi wybór tego lub innego cięcia może jeszcze zależeć od wielkości i umiejscowienia żebra. We wszystkich trzech naszych przypadkach żebra szyjne były niewielkie i leżały ku tyłowi poza tętnicą. W pierwszym i trzecim przypadku zastosowaliśmy cięcie kombinowane, w drugim — lekko ukośne, jak do wyciągania splotu ramiennego. Cięcie poziome, o ile zdaje się, najbardziej by nadawało się do przypadków dużych żeber szyjnych, sięgających daleko ku przodowi, i unoszących tętnicę podobojczykową. Stosowano je kilkakrotnie z powodzeniem w tego rodzaju przypadkach.

Sam przebieg operacji jak następujący. Po przecięciu skóry, mięśnia podskórnego szyi, oraz powięzi szyjnej powierzchownej i średniej, chirurg przedostaje się do tłuszczu, napełniającego dół nadobojczykowy. Często w tłuszczu tym leży spora liczba powiększonych gruczołów chłonnych, które należy uprzednio usunąć, by mózdz dostać się głębiej. Preparując tę okolice, musimy podwiązać kilka pomniejszych żył oraz cienką tętnicę szyjną powierzchowną (a. cervicalis superficialis), o ile nie jest możliwe odsunąć ją do góry. Działając na tępo, zbliżamy się do guza, wytworzonego żebrzem, obnażamy splot nerwowy i tętnicę. Ażeby sobie uprzystępnąć żebro, należy tętnicę odciągnąć na dół i ku wewnątrz, splot nerwowy ku górze i na zewnątrz. Niektórzy chirurdzy dla utorowania sobie lepszej drogi przecinali mięsień łopatkowognykowy (m. omohyoideus)

i przecinali lub nadcinali tylny przyczep mięśnia mostkowo-obojczykowosutkowego. W większości przypadków jest to zbyteczne, ponieważ mięśnie można odsunąć hakami.

Jeżeli żebro szyjne jest krótkie, leży bardziej ku tyłowi i nie unosi tętnicy podobojczykowej, wygodniej jest nieraz spłot nerwowy odciągać ostrożnie ku górze i ku przodowi, jak to w naszych przypadkach miało miejsce. Tętnicy nie ma potrzeby nawet odszukiwać.

W każdym razie, odciągając spłot ramienny, należy baczyć, by nie czynić tego zbyt gwałtownie, bo może to spowodować w następstwie porażenia. Gordon Borhardt, Furnrohra, Sargent-Buzzard, Patterson, Howell — w dwóch przypadkach — spostrzegli zupełne porażenie kończyny po operacji, Israel widział porażenie mięśnia zębatego, Goodhart, po dwustronnem wyluszczeniu żebra, widział porażenie obu kończyn. W pierwszym naszym przypadku wystąpiło porażenie nerwu piersiowego długiego, unerwiającego mięsień zębaty przedni, oraz porażenie mięśni, unerwionych przez nerw grzbietowy łopatki (n. dorsalis scapulae), t. j. mięśni równoległobocznych i mięśnia, unoszącego kąt łopatki. Wprawdzie tego rodzaju porażenie zazwyczaj powoli znika, niemniej przeto lepiej go unikać, szczczędając spłot ramienny podczas operacji. W tym celu nie należy odciągać spłotu zbyt silnie i przez czas zbyt długi, wreszcie nie należy tego czynić zbyt wązkim hakiem.

Torując sobie drogę do żebra szyjnego, trzeba baczyć, by nie uszkodzić żyły podobojczykowej i nerwu przeponowego, czego zresztą nie jest trudno uniknąć, ponieważ narządy te leżą zazwyczaj dość daleko od żebra.

Dotarwszy do żebra szyjnego, należy je dobrze wyosobnić. W tym celu przyczepy mięśni międzyżebrowych, względnie mięśni środkowego i tylnego pochyłych, oddzielamy nożem lub nożyczkami. Podczas tego aktu należy pamiętać o bliskości sklepienia opłucnej; to też, by uniknąć jej zranienia, należy trzymać się możliwie blisko żebra. Zresztą takie przypadkowe otworenie opłucnej nie pociągało za sobą niepożądanych następstw (Planét, Périer). Niektórzy chirurgowie (Borchardt, Rafin, Israel) usuwali żebro sposobem podokostnym i nie widzieli później niepomyślnych następstw. Ponieważ jednakże w przypadku Becka z pozostawionej podczas operacji okostnej wy-

tworzyło się nowe żebro, które wywołało potrzebę ponownej operacji w 3 miesiące po pierwszej, lepiej jest przeto usuwać żebro łącznie z okostną. Oddzielając żebro, posuwamy się stopniowo w kierunku do kręgosłupa, dopóki nie osiągniemy połączenia żebra z wyrostkiem poprzecznym. Teraz nożyczkami kostnymi lub dłutem odcinamy możliwie najniżej przykręgowy koniec żebra. Niektórzy chirurgowie zalecają starać się żebro wyłuszczyć ze stawu, co niezawsze jest możliwe, a nawet niepotrzebne. Z drugiej strony użycie piłki Gigli, a nawet szczypców Luera, jakieśmy przekonali się w swym pierwszym przypadku, niezupełnie jest dogodnie, zwłaszcza, gdy trzeba ciąć w głąbi. W tych razach najlepsze jest dłuto i nożyce kostne. Jeżeli żebro, poza przyczepem tylnym, ma jeszcze przyczep przedni, łączący je z żebrem piersiowym, to należy po przecięciu przyczepu tylnego uchwycić żebro szczypcami martwakowymi, ostrożnie unieść do góry, oddzielić możliwie jak najdalej ku przodowi i następnie przedni przyczep odciąć. Jeżeli żebro szyjne łączy się nie bezpośrednio z żebrem piersiowym, lecz z guzowatą wyroślą na tem ostatniem, należy starać się bezwarunkowo usunąć i tę narośl, by w następstwie nie powodowała ona objawów uciskowych. Powierzchnię cięcia na kościach obrównyujemy i ranę zamykamy szwem dwupiętrowym: głęboki szew ze struny chwyta mięśnie i powięzie, powierzchowny — z silk wormu lub innego materiału — łączy brzegi skóry. W kąty rany lepiej włożyć na parę dni paski gazy lub sączki. Brewer podczas operacji dla udostępnienia sobie pola operacyjnego przeciął obojczyk, uczynił to jednak wskutek wadliwego rozpoznania choroby: sądził, że ma do czynienia z mięsakiem kostnym. Poza nim nikt tego nie robił, gdyż nigdy nie zachodziła potemu potrzeba.

Wynik operacji w znacznym stopniu zależy od długości żebra i jego stosunku do splotu ramiennego, względnie od tego, czy bóle rzeczywiście pochodziły od uciśnięcia nerwów, następnie od tego, jak długo to uciśnięcie trwało przed operacją. Wyżej już była mowa o mogących występować zaraz po operacji porażeniach. Pod tym względem bardzo pouczający jest przypadek Izraela. Pacjent był operowany z powodu ciężkiego nerwobólu splotu ramiennego bez zaburzeń ruchowych. Operacja nie miała żadnego wpływu na nerwoból, a natomiast,

oglądając pacyenta w kilka miesięcy po niej, znaleziono dodatkowo porażenie mięśnia zębatego.

Musimy tu zaznaczyć, że nie tylko w przypadku Israëla, lecz i w niektórych innych, pomimo dokładnego wykonania operacji, bóle nie znikły. W przypadku, opisanym przez Sédillota z kliniki prof. Raymonda, operowano 17 letnią pannę z powodu silnych bólów, zwłaszcza w okolicy prawego nerwu łokciowego. Pomimo usunięcia żebra na znacznej przestrzeni, bóle nie ustąpiły.

Jeszcze bardziej pouczający jest inny przypadek, przytoczony przez tegoż autora. U 23 letniej panny, artystki, skarżącej się na chrypkę, przypadkowo wykryto dwustronne żebro szyjne (prawe dłuższe). Ani porażień, ani zaników mięśni, ani bólów w prawej kończynie górnej nie było. Pacjentce wyłuszczone (Gosset) prawe żebro szyjne. Rana zagoiła się rychłozrostem bez ropienia. W dwa lata potem pacjentka zjawiła się w szpitalu Salpêtrière, wskazując na żywe bóle w prawej kończynie górnej, t. j. na stronie usuniętego żebra. Badając, znaleziono pewien stopień zaniku mięśni na tejże kończynie. Głos ochrypnięty, jak poprzednio. W danym razie operacja stanowczo spowodowała pogorszenie. Słusznie też Beck nie radzi usuwać żebra szyjnego, o ile ono zaburzeń nie powoduje.

Brak poprawy po operacji może zależeć także od wadliwego wykonania tejże. W jednym ze spostrzeganych przez nas przypadków (w siódmym) wybitny chirurg za granicą usunął, zamiast żebra szyjnego, pierwsze żebro piersiowe, poczem bóle trwały w dalszym ciągu. Zwracamy tu na powyższy przypadek szczególną uwagę, gdyż błąd taki łatwo popełnić, jeżeli się nie ma na uwadze, że pierwsze żebro może leżeć wysoko na szyi.

Powyżej przytoczone niepomyślne pod względem wyniku operacyjnego przypadki należy w każdym razie zaliczyć do wyjątków. Z pomiędzy przytoczonych przez nas 36 przypadków wycięcia żebra szyjnego tylko w dwóch przypadkach Sédillota i jednym — Israëla operacja dała nawet pogorszenie. W innych przypadkach, pomijawszy parę, w których zejście jest niewiadome, otrzymywano uleczenie lub przynajmniej polepszenie stanu chorego. Niekiedy narazie bywało nawet pogorszenie

(wzmoczenie bólów, porażenia), z czasem jednakże następowało stanowcze polepszenie. Najbardziej wyraźny wynik dawała operacja pod względem bólów, które bezpośrednio lub jakiś czas po operacji ustępowały. Mniej dodatni wpływ wykazuje operacja na zaniki mięśni. Ustępują one powoli, a w przypadkach długotrwałego uciśnięcia, pomimo operacji, mogą pozostać bez zmiany. Goodhart i inni po roku nie widzieli pod tym względem poprawy.

W tych przypadkach, gdzie po operacji bóle ustąpiły, mogą się one z czasem ponowić. Jest to niekiedy następstwem tworzenia się nowej kości na miejscu usuniętego żebra. Iones wspomina o dwóch takich przypadkach, gdzie wskutek wytworzenia się nowej kości powróciły bóle i osłabienie mięśni. Beck był zmuszony, jak już wyżej wspomniano, wykonać z tej przyczyny ponowną operację. Lilienthal nawrót bólów po operacji w swoim przypadku tłumaczy wytworzeniem się na miejscu, gdzie operowano, twardej ściągającej blizny; zresztą jest to tylko przypuszczenie.

Należy tu jeszcze zaznaczyć, że Marburg w przypadku żebra szyjnego, powikłanego syryngomyelią, widział po operacji szybki postęp zaburzeń troficznych i czuciowych; słusznie też przestrzega tenże autor przed operacją w przypadkach, gdzie żebro szyjne wikłają inne ciężkie cierpienia.

Wreszcie należy pamiętać o wspomnianym już wyżej niezbyt rzadkim zespole żebra szyjnego z histeryą. Wskutek tego nawet po usunięciu żebra mogą występować nawroty bólów, które mogą symulować pochodzenie uciskowe cierpienia. W przypadkach tych bóle są, oczywiście, pochodzenia psychicznego i ustępują pod wpływem sugestyi lub hypnozy. W pierwszym naszym przypadku w kilka miesięcy po operacji wstrząśnienie psychiczne wywołało nawrót bólów, które jednak ustąpiły pod wpływem hypnozy.

PIŚMIENICTWO.

- Adams. Dublin quart. journ. 1839, Vol. 16, (cyt. w. Ehricha l. c. pag. 205).
- Addisson. Journal of Anatomy, Vol. 34, (cyt. w. Tichowa).
- Adolfi. Wratsch, 1901, (cyt. w. Tichowa).
- Alderson. A case of cervical ribs. British medical Journal. 1887, Vol. II, p. 1638.
- Aron. Zur Casuistik der Halsrippen. Verhandl. der Berl. med. Ges. 1892, Bd. XXIII, II, p. 166.
- Babcock. (Cyt. w. Bernhardt. Berl. Klin. Woch. 1895, p. 78). Wayne American Med., Oct. 7, 1905, (cyt. p. Murphyego).
- Barącz. Przegląd lekarski 1902, str. 41 i Tygodnik lekarski. 1908, № 32, str. 364. Przegl. lek. 1908, № 33, str. 448.
- Baradulin. Zur Kasuistik der Halsrippen. Medic. obozr. 1908, № 2, (Ref. Jahresber. f. Chir. XIV, p. 966).
- Baum. 1871, cyt. w. Fischera Deutsche Chirurgie. 1880, Lief. 34, p. 25.
- Barker. Ueber einen Fall von einseitiger, umschriebener und elektiver sensibler Lähmung. Deutsche Zeitschrift für Nervheilk. 1896, Bd. 8, p. 348.
- Beck. Die chirurgische Bedeutung der Halsrippe, Fortschritte aus dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Bd. 8, (Jahresber. f. Chir. 1904, Bd. 10, p. 406).
- Bernhardt. Ueber das Vorkommen und die Klinische Bedeutung der Halsrippen beim Menschen. Berliner Klin. Woch. 1895, p. 76; Berl. Klin. Woch. 1904, № 10 i 1906, № 27.
- Blanchard. Revue scientifique. 1888, (cyt. w. Sédillota). T. I, p. 724.
- Blevelin-Philips. Journal of anatomy. Vol. 34, (cyt. w. Tichowa).
- Boinet. Bull. de la soc. anatom. 1837, p. 296.
- Bonnavue. Contribution a l'étude de la septième côte cervicale Thèse de Paris 1897/98. (Jahresber. f. Chir. 1899, Bd. 5, p. 400).
- Borchardt. Symptomatologie und Therapie der Halsrippen. Berl. Klin. Woch. 1901, № 51. (Jahresber. für Chir. 1901, Bd. 7, p. 472).
- Boyd. A case of cervical rib. Internat. med. Magazine. 1893, Nov. (cyt. w. Bernhardt. Berl. Klin. Woch. 1895, p. 76).
- Brewer. Ann. of Surgery. 1901, (cyt. w. Tichowa).
- Brodier. Société anatom. 1902. Février, (cyt. w. Sédillota).
- Chassaignac. Bull. de la soc. anatom. 1837, (cyt. w. Sédillota).
- Conner. Trois cas de côte cervicale. La Presse médicale. 1906, № 46, p. 369. (Medic. Record. 1906, p. 775—w. Sédillot).
- Cooper. Surgical Essays. 1818, I, p. 171, (cyt. w. Ehricha, l. c. pag. 208).
- Coote. Medical Times and Gaz. 1861, 3 August, p. 108, (cyt. w. Ehricha l. c. pag. 208).
- Corner and Jones. Cervical ribs. Brit. med. Journ. 1908, p. 2498, (Ref. Jahresber. f. Chir. XIV, p. 466).
- Dejerine-Armand. Revue Neurologique. 1903 i Neurolog. Centralblatt. 1903, p. 142.

- Destarac. Toulouse méd. 1904, 2 s., VI, p. 268—272, (cyt. p. Murphyego).
- Donaldson. Notes on double cervical rib, with an illustr. case. Brit. med. journ. 1909, okt. 2, (Ref. Centralbl. f. Chir. 1910, p. 135).
- Drehmann. Zur Anat. der sog. Halsrippenscoliose. Centralbl. f. Chir. 1906, p. 799.
- Eckstein. Anatomische Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Halsrippen und Scoliosen. Zeitschr. f. orthoped. chir. 1908, Bd. XX, p. 176.
- Ehrich. Zur Klinischen Syptomatologie der Halsrippen. Beitr. zur Klin. Chir. 1895, Bd. XIV.
- Eisendrath. Amer. Med., August 20, 1904, 322, (cyt. w. Keena).
- Faure. (Cyt. w. Tichowa).
- Fischer. Extirpation einer Halsrippe wegen Drucks auf den Plexus brachialis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1892, Bd. 33, p. 52.
- Fischer. Krankheiten des Halses. Deutsche Chir. Lief. 34, 1880, p. 24.
- Floyd. (Cyt. w. Tichowa).
- Francine. Four cases of cervical rib, two of them flail-like. The americ. journ. of the med. sc. 1910, Vol. 139, № 1, 108.
- Galenus. Libri anatomici. Lib. VIII, pag. 95 i liber de ossibus pag. 24, (cyt. w. Schönebecka l. c.).
- Gardner. Les côtes cervicales chez l'homme. Gazette des Hôpitaux. 1907, № 59. 62.
- Garré. Ueber Scoliose bei Halsrippen. Zeitschr. f. orthop. Chir. 1903. Bd. XI, № 1, pag. 49.
- Gavin. Bilateral cervical ribs and an abnormal bony mass at the first chondrosternal junction. Brit. med. Jour. 1902, I, p. 271.
- Gordon. A case of cervical rib. Brit. med. Journ. 1901, I, p. 1375.
- Garré. Zeitschr. f. orthoped. chirurgie. 1903, p. 49.
- Goodhardt. Cervical rib and its relation to the neuropathies. The americ. journ. of the med. sciences. 1909, vol. 138, № 5.
- Gronnauer. Côte supplémentaire cervicale. Revue médicale de la Suisse romande 1898, № 1, (cyt. w. Tichowa).
- Gruber. Mémoire de l'académie des sciences à St. Petersb. 1869, vol. XIII, ser. VII.
- Hadden. Clinical soc. trans. vol. XVIII, p. 105, cyt. w. Gordona).
- Halbertsma. Virchows Archiv. 1857.
- Hauswirth. Cervical rib. American journ. of surgery 1905 Dec. (Centralbl. f. chir. 1906, № 8, p. 237).
- Helbing. Beziehungen zwischen Halsrippen und Skoliose. Zeitschr. f. Orthop. 1903, Bd. XII, № 1—2.
- Hertslett and Reith. Comparison of anomalous parts of two subjects. Journ. of Anat. and Physiology. 1896, July.
- Hippins. Dietskaja Medicina. 1903, № 3, (cyt. w. Trchowa).
- Hirsch. Wiener Klin. Woch. 1896, (cyt. w. Tichowa).
- Hodgson. Diseases of arteries and veins. 1815, p. № 62, (cyt. w. Ehricha).
- Hunauld. Sur le nombre de côte moindres ou plus grands qu' à l'ordinaire. Mém. de l'acad. royale de sciences de Paris. 1742.

- Hunt. Clonic spasm of the diaphragm associated with a cervical rib. Brit med. Journ. 1909, 7 Aug. (Ref. Centralbl. f. Chir. 1609, p. 1598).
- Huntemüller. Henle's Zeitschr. f. rationelle Medicin, Göttingen, 1867, Bd. 29, (cyt. w. Schonebecka).
- Israel. Berl. Klin. Woch. 1901
- Kader. Przegląd lekarski 1900, p. 697.
- Kadyi. Przegląd lekarski. 1902, p. 42.
- Kammerer. Cervical ribs. Annal of Surgery. 1901, Nov. 1874.
- Keen. The symptomatology, diagnosis and surgical treatment of cervical ribs. American journal of medical sciences, 1907, vol. 133, № 2.
- Kernig. Petersb. med. Zeitschr. № 1, IV, 1, pag. 112, (cyt. w. Schönbecka).
- Kiderlen. Zwei Fälle von Halsrippen. Centralbl. f. Chir. 1899, p. 1210.
- Knaster. Die Klinische Bedeutung des Halsrippen. 1895. Berlin. Dissert.
- Kocher. 1896, (cyt. w. Tichowa).
- Kottmann. 1896, (cyt. w. Tichowa)
- Krause. Ueber Halsrippen des Menschen. 1902, Leipzig, Dissert.
- Kröncke. Ueber die siebente Halsrippe. 1894, Dissert. (Jahresb. f. Chir. Bd. I, 1896, pag. 519).
- Küster. Die Klin. Bedeutung der Halsrippen. 1895, Berlin. Dissert.
- Lilienthal. Cervical rib. Annals of Surgery. 1905, p. 766.
- Luschka. Anatomie d. Menschen. Tübingen. 1862.
- Luxemburg. Pokaz przypadku żebra nadliczbowego. Pamiętnik towarz. lek. warsz. 1909, str. 706.
- Mace. 1872 (cyt. w. Tichowa).
- Marburg. Halsrippe und Syringomyelie. Neurolog. Centralbl. 1906, p. 779.
- Mesnard. Thèse de Paris. 1884, № 350, (cyt. w. Sédillota).
- Meyerowitz. Ueber Skoliose bei Halsrippen. Beitr. zur Klin. Chir. Bd. XLVI, p. 46.
- Murphy. A case of cervical rib. with symptom resembling subclavian anevrysm. Annals of Surgery. 1905, № 3, (Centralbl. f. Chir. 1905, № 25, p. 681).
- Murphy. The clinical significance of cerv. ribs. Surgery, gynecology and obstetrics. Vol. III, № IV, 1906, p. 514.
- Müller. Faserverlauf im plexus brachialis. Neurolog. Centralbl. 1894.
- Nasse. Fall von Halsrippe. Centralbl. f. Chir. 1898, № 22, p. 587.
- Oppenheim. Handbuch d. Nerwenkrankheiten. 1995, p. 448.
- Osler. Certain vasomotor, sensory and muscular phenomena associated with cervical rib. Amer. Journ. of the med. sc. 1910, p. 469.
- Paget. Journal of Anat. and Physiol. 1869, IV, p. 130, (cyt. w. Fischera).
- Pancoast. Cervical rib. Univers. of Pensylv. med bull. 1902, Jan. (Centralbl. f. Chir. 1902, p. 406).
- Perier. Bull. de l'acad. de medec. 1890, p. 236, (cyt. w. Sédillota).
- Pilling. Ueber die Halsrippen der Menschen. 1894, Rostock, Dissert.
- Planet. Tumeurs osseuse de cou. La septième côte cervicale. 1890 Paris. Thèse (cyt. w. Ehricha).
- Poland. Medic. chirurg. trans. 1869, T. 52, p. 278, (cyt. w. Ehricha).

- Quervain. Zur operat. Behandlung der Halsrippen, (Centralbl. f. Chir. 1895, № 47, p. 1065).
- Quervain. Zur Bedeutung der Halsrippen für die Militärtauglichkeit. Correspond. Blat. f. Schweizer Aerzte. 1896, № 8, (Jahresber. f. Chir. 1897, Bd. II, p. 519).
- Rafin. Arch. prov. de chir. 1900, v. IX, (cyt. w. Tichowa).
- Ranzi. Zur Kasuistik der Halsrippen. Wiener Klin. Woch. 1903, № 10.
- Reuterskiöld. Ueber Halsrippen. Hygiea, 1908, (Ref. Jahresber. f. Chir. XIV, p. 466).
- Riddell. Operation for cervical rib. Lancet. 1902, II, p. 1051.
- Riessman. Univ. Penns. Med. Bull. March, 1907, (cyt. w. Keena).
- Roberts, The surgical importance of cervical ribs to the general practitioner. Journ. of the americ. med. assoc. 1908, okt. 3, (ref. w Centralbl. f. Chir. 1908, № 51, p. 1533).
- Rognetta. Gazette méd. 1835, p. 708, (w. Sédillota).
- Rosenberg. Morph. Jahrb. 1899, (cyt. w. Tichowa).
- Rosenhaupt. Arch. f. Kinderheilk., 1905, XII, p. 205 — 225, (cyt. w. Murphygo).
- Rutkowski. Zur Diagnostik der Halsrippen. Zeitschr. f. Klin. med 196.
- Rzętkowski. Pamiętnik towarz. lek. warsz. 1909, str. 707.
- Schäfer. 1895, (cyt. w. Berhardta).
- Schtscherbak und Kaplan Ueber die Bedeutung der Halsrippen. Obosr. phsich. 1907, № 21, (Ref. Jahresber. Neur. u. Psych., XII, p. 648).
- Schnitzler. Zur Symptomatologie der Halsrippen. Centralbl. f. Chir. 1895, № 37.
- Schönebeck. Beiträge zur Kenntniss der Halsrippen. 1905, Berlin. Dissert.
- Sédillot. Contribution à l'étude des côtes cervicales. Thèse. Paris 1908.
- Sectier. Contribution à l'étude des côtes cerv. chez l'homme. Thèse de Lyon. 1909.
- Servas. Cyt. w. Tichowa
- Sheller. Luxatio humeri erecta. Halsrippe. Deutsche militäraerzt. Zeitschr. 1896, Juni. (Centralbl. f. Chir. 1897, p. 301).
- Spiller et Gittings. Atrophie musc. progr. du type cerv. bull. chez une personne ayant une côte cervicale supplémentaire. New-York med Journ. 1906, oct. (Ref. w Encephale, 1908, p. 72).
- Spizarnyj. Medicinskoje obozrenje. 1901.
- Siffler. Münch. medicin. Woch. 1896.
- Struthers. Housley, Wilkes. Journal of Anat. and Physiol. 1874, IX, Nov. (cyt. w. Fischera).
- Sue. Mém. de l'acad. Royale des sc., 1755, t. II, p. 584, (w. Sédilota).
- Taylor. Cervical rib. Brit. med. Journ. 908, p. 2500, (Ref. Jahresber. f. Chirurgie. XIV, p. 466).
- Tichow. O szejnych rebrach. Russkij chirurgiczeskij archiv, 1905 T. II, p. 211.
- Tilmann. Die Klinische Bedeutung der Halsrippen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1865, Bd. 41, p. 330.

- Thorburn. Die Cervicalrippe und deren Wirkung auf den Plexus brachialis. Royal med. and surg. soc. 1904, № 26, (Jahresber. f. Chir. 1904, Bd. 10, p. 105).
- Tschugunow Hypotieza ewolucji czelowieczeskawo tiela. Tomsk. 1895.
- Turner. Journ. of anat. and physiol. IV, p. 130, 1870, (w. Schönebecka).
- Unger. Doppelseitige Halsrippe. Berl. Klin. Woch. 1902, № 14.
- Della Vedova. A proposito di un Caso di costola cervicale bilaterale. Atti della soc. ital. di ortop. 1908. (Ref. Jahresber. f. Chir. XIV, p. 466).
- Verneuil. Bull. de la soc. anatom. 1855, (cyt. w. Sédillota).
- Wallace. On cervical ribs with exemple in living subject. Edinb. med. Journ. № CDXL, p. 706, (cyt. w. Schönebecka).
- Warren Collins. A case of cervical rib with operation. The Boston med. and surg. Journ. 1896, March, (Jahresb. f. Chir. 1896, Bd. II).
- Weiss. Halsrippe und ihre klinische Erscheinung. Centralbl. f. Grenzgeb. d. Med. und. Chir. 1900.
- Weissenstein. Zur Klin. Bedeutung der Halsrippen. Wien. Klin. Rundschau 17 Jul. g., № 21—22. (Jahresber. f. Chir. 1903, Bd. 9).
- Whitman. Bilat. cerv. rib. Annals of surgery, 1905, p. 123.
- William. Raport of a cas of cervical rib with remark on mistaken skiagraphical diagnosis. Annal of surgery. 1898, oct. (Jahresber. f. Chir. 1899, Iv, p. 440).
- Willschire. 1860, (cyt. w. Tichowa).
- Wolters. (Cyt. w. Tichowa).
-

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

Jak ma postępować lekarz w krwotokach, wywołanych ciążą pozamaciczną?

Streszczenie nowoczesnych poglądów ginekologów holenderskich
i belgijskich

podał

FRANCISZEK NEUGEBAUER.

Sprawa leczenia w ciąży pozamaciczej ma znaczenie nader doniosłe. Cierpienie jest częste; prawie doszło do tego, że jest ono dla ginekologa tem, czem jest sprawa zapalenia wyrostka robaczkowego dla chirurga. Co do leczenia — istnieją dwa obozy: jeden broni leczenia wyczekującego, względnie — operowania à froid, drugi obóz jest zwolennikiem zabiegu natychmiastowego.

Mając osobiście stosunkowo bardzo liczny materiał kazuistyczny ciąży pozamaciczej — więcej niż 160 spostrzeżeń, z których 88 leczonych operacyjnie, muszę otwarcie wyznać, że nieraz miałem sporo kłopotu z pytaniem, czy operować, czy nie operować, czy czekać, dopóki stan chorej nie poprawi się, czy też operować w zapaści. Każdy z nas wie, że ogromna liczba przypadków, głównie poronienia jajowodowego, kończy się pomyślnie po zachowawczem leczeniu, a jednak, jeśli kto osobiście widział przypadek śmierci wskutek krwotoku wewnętrznego, którego nie zwalczono w porę operacją, mimowoli musi przejść do obozu tych, którzy operują zasadniczo w ciąży pozamaciczej, a nawet zapobiegawczo, skoro tylko rozpoznano ciążę pozamaciczną.

Piśmiennictwo danej sprawy jest ogromne. Statystyki uniwersalnej wszechświatowej nie mamy; mamy tylko statystyki niektórych klinik. W ostatnich latach, mianowicie w maju 1908, poruszono na dorocznym posiedzeniu amerykańskiego Towarzystwa Ginekologicznego sprawę: czy w krwawieniu wewnętrznym operować natychmiast, czy też nie zaraz? W odpowiedzi na poglądy kolegów amerykańskich, którzy bronią operowania zasadniczego, wystąpił profesor amsterdamski Henryk Treub z odczytem w Towarzystwie Położniczym Francuskim w Paryżu w październiku 1908.

Na kongresie amerykańskim Simpson zestawił kazuistykę 575 przypadków pęknięcia jajowodu ciężarnego, zebraną z piśmiennictwa ostatnich lat pięciu. Na 115 operacji, dokonanych w przeciągu pierwszej doby po stwierdzeniu krwotoku wewnętrznego po pęknięciu jajowodu, znalazł on 22,5% śmiertelności, a na 460 przypadków, operowanych dopiero po upływie jednej doby, 6,7% śmiertelności.

Treub wyraża się tak:

We Francji poglądy na operację są dosyć ustalone. Gdy chodzi o krwawkę, nie ma się co spieszyć z operacją. Jest to pogląd ogólnie podzielany, z wyjątkiem Builly, który żąda zawsze natychmiastowej operacji nie tyle dla krwotoku, który już miał miejsce, jak dla zapobieżenia krwotokowi wtórnemu, który, podobnie, przyjść może, albo musi.

Ribemont-Dessaigues i Lepage w podręczniku „Précis d'Obstétrique“ piszą: „Jeśli krwawienie jest świeże, jeśli jest obfite, jeśli istnieje wylew krwi do jamy brzusznej, wypada otworzyć brzuch“.

Budin i Demelin w swoim „Manuel Pratique“ piszą: „S'il y a inondation péritonéale, il ne faut pas temporiser!“

Brindeau w podręczniku Bara pisze, że w przypadku wylewu krwi nie umiejscowionego wypada operować natychmiast. Bar osobiście wyraża się tak: „Gdy pomoc zostaje wezwana późno, po upływie 24 lub 36 godzin po krwotoku, jeśli stan chorej jest bardzo groźny,—ponieważ istnieją szanse zatrzymania krwotoku, lepiej jest zwlec kilka dni z operacją“.

Treub, który oddawna wyrzekł się operacji natychmiastowej, pragnął poznać zdanie innych operatorów holenderskich i 7 lat temu na drodze ankiety zebrał statystykę i zdania gine-

kologów holenderskich. Zebrano przypadków 331 z ogólną śmiertelnością 12,6%: 30 kobiet zmarło wkrótce po krwotoku pierwszym lub wtórnym. Na owe 30 kobiet, które zmarły, 23 zmarło bez operacji; 10 z nich zmarło w przeciągu 2 godzin po wystąpieniu krwotoku, a tylko w 5 przypadkach śmierć nastąpiła po upływie 24 godzin wskutek nowego krwotoku.

Treub przypuszcza, że z pośród owych 10 kobiet, tak szybko po krwotoku zmarłych, uratowanie chociażby jednej na drodze operacji byłoby zaiste wyjątkiem, a więc dla osądzenia sprawy nie zwraca uwagi na owe 10 przypadków śmierci. (??? N.) Pozostaje po potrąceniu owych 10 przypadków w statystyce 170 przypadków ciężkich. 29 razy dokonano operacji natychmiastowej najpóźniej w 48 godzin po wystąpieniu krwotoku lub też zaraz po ponownem krwawieniu. Na owe 29 operacji przypada 9 śmierci, czyli 31% śmiertelności.

Na 141 kobiet pozostałych, które nie były tak rychło operowane, śmiertelność nie wynosiła więcej, niż 9,25%.

Na owe 29 operacji rychłych tylko dwa razy operacja była dokonana w przeciągu pierwszej doby. Gdy liczyć się z tem, że śmierć następuje rzadko tylko po upływie całej doby pierwszej, trzeba przyznać słuszność zdaniu, że w niektórych z tych przypadków rychło operowanych właśnie ta rychła operacja była przyczyną śmierci.

Dalej Treub podaje statystykę własną: w przeciągu ostatnich dwunastu lat zebrał spostrzeżeń własnych 151, z których 27 przypadków uważał za ciężkie, 124 — za mniej ciężkie.

Na owe 27 przypadków ciężkich zmarła jedna kobieta wskutek krwotoku wtórnego. Chora ta była leczona w warunkach niekorzystnych w domu i Treub wątpi, czy stosowano tam leczenie odpowiednie. Na pozostałe 26 przypadków tylko dwa razy dokonał on cięcia brzucha i to nie natychmiast, lecz dopiero po krwotoku wtórnym. 20 razy dokonał on cięcia pochwy dla usunięcia krwiaka, a cztery z tych kobiet wyzdrowiały bez operacji jakiegokolwiek.

Na pozostałe 124 przypadki, które Treub oznaczył jako nie ciężkie, 24 kobiet wyzdrowiało bez operacji, reszta podległa operacji późnej. Na owe operacje późniejsze przypada 16 cięć brzucha, dokonanych jeszcze w tych czasach, gdy Treub dawał pierwszeństwo temu zabiegowi. Na owe 16 laparotomii

stracił jedną chorą wskutek zapalenia otrzewnej. Chora ta powinna była szczęśliwie wyjść, lecz, niestety, operacja była robiona w szpitaliku prowincjonalnym bez odpowiedniej aseptyki sióstr miłosierdzia, przy operacji czynnych. Dwa razy wskazaniem do operacji była niedrożność kiszek: pętla кишки cienkiej okazała się sklejoną z krwakiem pozamacicznym. Tylko jedna z tych 2 kobiet została operacją uratowana. 7 razy laparotomii dokonano bądź wobec rozpoznania wątpliwego, bądź mylnego. Raz jeden nareszcie Treub musiał dodać cięcie brzucha do cięcia pochwy z powodu krwotoku, którego nie zdołał opanować na drodze pochwowej.

84 pozostałych kobiet Treub operował operacją późną, a mianowicie na drodze pochwowej. Jedna z chorych zmarła—przybyła ona do szpitala w dwa tygodnie po pęknięciu z początkującym już zapaleniem otrzewnej, którego operacja zwalczyć już nie zdołała. Reszta operowanych wyzdrowiała.

Śmiertelność więc wynosiła na te 151 przypadków 2,6%. Wnioski z tej statystyki zdają się być jasne:

Przedewszystkiem nie należy spieszyć z rozpoznaniem „inondation peritonéale“. Ten, który wynalazł ów wyraz, z pewnością nie jednej operacji dokonał niepotrzebnie i niejedną śmierć ma na sumieniu.

Inodation péritoneale — jest to tylko wyraz, i wyraz, którego użyć można w celu podwójnym. Jest to wachlarz dla tych, którzy nie są chirurgami, a usprawiedliwienie dla operatorów.

Prawdą jest to, że, gdy pęknięcie jajowodu nie wywołało śmierci raptownie, wywołuje ono śmierć tylko wyjątkowo. Są to te rzadkie przypadki, gdzie objawy alarmujące przez kilka godzin z rzędu stają coraz groźniejszymi i gdzie krwawienie powtarza się w sposób poważny.

To są jedyne przypadki — bardzo rzadkie zresztą, — które upoważniają do operacji raptownej.

Dla wszystkich innych przypadków leczenie jest bardzo proste, bo bierne. Przedewszystkiem wypada unikać stawiania szczegółowego rozpoznawania w przypadkach ciężkich. Ile razy podejrzujemy pęknięcie ciężarnego worka pozamacicznego, wypada nie badać przez pochwę dla szukania, czy istnieje krwiak. Z góry wiadomo, że jeszcze nie może on istnieć, a wytwarza się dopiero później powoli. Badanie pochwowe absolutnie za-

dnej korzyści nie przyniesie, a tylko zaszkodzić może, powiększając krwawienie!

Spokój bezwzględny, lód na brzuch i makowiec, skoro tylko zapaść minie — oto leczenie dla pierwszych dni kilku. W następstwie zamiast lodu stosuje się wilgotne okłady ciepłe, później gorące wlewanie pochwowe przez cztery do pięciu tygodni, o ile nie będzie podejrzenia na zropienie krwiaka, żądające zabiegu na drodze pochwowej. Gdy leczenie takie okazuje się skutecznem dla wsysania wylewu krwawego, prowadzi się je dalej, dopóki wylew nie zginie do reszty. Gdy wsysanie zanadto wolno postępuje, można bez niebezpieczeństwa jakiegokolwiek po kilku tygodniach dokonać cięcia pochwy.

Treub kończy odczyt słowami: Wiem dobrze, że to, co powiedziałem, stoi w przeciwieństwie do idei ogólnie przyjętych, lecz twierdzę stanowczo, że pogląd mój jest dla chorych najkorzystniejszy.

* * *

Wkrótce po odczycie Treuba poruszono sprawę w holenderskiem Towarzystwie położniczem w Amsterdamie.

Sprawozdanie komisji tej rozpoczyna się przytoczeniem dwóch spostrzeżeń Josselin de Jonga śmiertelnego zakrwawienia się dwóch kobiet po pęknięciu worka płodowego w ciąży pozamacicznej. Pokazu sekcyjnych preparatów dokonano głównie w celu, aby postawić pytanie, jakie postępowanie lecznicze jest najracjonalniejsze po pęknięciu ciąży pozamacicznej, szczególnie w stosunku do twierdzeń profesora Treuba. Oba przypadki śmierci zdarzyły się w klinice Stockuma w Rotterdamie. Stockum leczył z dobrem zejściem wyczekująco 35 przypadków, i wypowiada zdanie, że owe dwie śmierci bynajmniej nie zmuszą go do zmiany zapatrywań swoich, równych zapatrywaniom Treuba. Postanowiono wobec niezgodności zdań na posiedzeniu rozesłać kwestyonaryusz do ginekologów holenderskich i odpowiedzi ich w tem sprawozdaniu wraz z kazuistycznym opisem pojedynczych spostrzeżeń ogłoszono. Na wstępie wydrukowano tłumaczenie holenderskie odczytu Treuba, dodając, że po odczycie jego w klinice Amsterdamskiej przybyło jeszcze 8 spostrzeżeń. W trzech przypadkach wyzdrowienie na drodze wessania się wylanej krwi. 1 przypadek poważny le-

czony był również wyczekująco — chora przed ukończeniem leczenia opuściła szpital na własne żądanie.

Trzy razy dokonano późnego cięcia pochwy z wyleczeniem, w jednym przypadku bez pęknięcia; usunięto płód 27 cm. długości i łożysko. Po operacji zapaść — wyzdrowienie.

Następnie podano opis spostrzeżeń poliklinicznych, zebranych przez Driessena, spostrzeżenia kliniki Kouwera, van Hoytema, spostrzeżenia Ausemsa, Driessena, Hollemana, Mendes de Leona, Meurera, van Stockuma, van de Veldego. Dalej następują wnioski:

Na 475 chorych wogóle zmarło 16 czyli 3,4⁰/₀.

Na nieoperowanych chorych 135 zmarło 5, czyli 3,7⁰/₀.

Na 28 operacji natychmiastowych zmarło 5 czyli 18⁰/₀.

Na 311 operacji późniejszych zmarło 6 czyli 2⁰/₀.

Referenci komisji żądają indywidualizowania, akcentując, jak przeciwne są zdania pojedynczych operatorów holenderskich. Przytaczają wreszcie i statystykę kilku ginekologów nie holenderskich:

Fehling na 91 leczeń wyczekujących bez operacji nie stracił ani jednej chorej, Champneys na 34 również żadnej, Zweifel na 61 — żadnej, Thorn na 139 stracił jedną chorą, natomiast Schauta na 82 operacji stracił 2, Kuester na 72 operacje stracił 1, Febling na 130 operowanych stracił 3 chore. Howard Kelly twierdzi, że dla niego samo rozpoznanie już jest wskazaniem do operacji. Treub, Kouwer, Stockum są zwolennikami wyczekującego leczenia, ewentualnie operacji późniejszej.

Natomiast van der Hoewen pisze: „Czy musimy przypatrywać się biernie, jak młoda kobieta w kwiecie wieku ginie wskutek wewnętrznego krwotoku?“ Van de Velde zajmuje stanowisko zupełnie odrębne i operuje zaraz, aby zaoszczędzić kobiecie chorej okres kalectwa.

Komisja nie podejmuje się ostatecznego rozstrzygnięcia kwestyi, jak postępować — *Variis modis bene fit!* — i żąda indywidualizacji.

W odpowiedzi na odczyt Treuba ginekolog brukselski Jacobs ogłosił odezwę.

Zebrał on statystykę ginekologów belgijskich na drodze ankiety, i dumny jest z tego, że odpowiedź ich jest prawie jednobrzmiąca i obalająca zdanie, że chirurg jest hypnotyzowany przez nóż. Według niego 9/10 przypadków, operowanych przez ginekologów belgijskich, jeżeli nie wszystkie, były rozpaczliwe: chore byłyby bez operacji zginęły. Odsetka śmiertelności jest minimalna, operatorzy belgijscy mogą być dumni, że uratowali życie dużego szeregu kobiet młodych, zdolnych do przyszłego macierzyństwa, a jeżeli czegoś mogą żałować, to tylko tego, że nieraz za późno zawezwano pomoc lekarską w takich przypadkach, gdzie zawezwanie wczesne mogło uratować kobietę!

Dla czegoż w tych przypadkach lekarz ma ograniczyć się na wyczekiwaniu, chociażby uzbrojonym, podczas gdy we wszelkich innych krwotokach nie waha się przystąpić do zabiegu. Jeśli po wycięciu torbieli i włókniaków zauważono objawy krwotoku wewnętrznego, czy będą postępowali tak, jak Treub? Czy usiądą przy łóżku chorej i, macając tętno, będą starali się rozpoznać, czy krwawienie zatrzymuje się lub nie. Jakże po tętnie poznać, czy krwawienie zatrzyma się, czy nie? Każdy chirurg z pewnością każe chorą zaraz zanieść na salę operacyjną i przystąpi do ponownej operacji, aby krwawiące naczynie podwiązać. Czy przyczyną krwawienia jest ciąża pozamaciczna, czy krwawienie z kikuta po jakiejkolwiek operacji lub z pęknięcia torbieli jajnika, to nie powinno stanowić żadnej różnicy w postępowaniu leczniczem — jedynym uzasadnionem leczeniem jest powstrzymanie krwawienia, zawiązując naczynie krwawiące. Jest po prostu zbrodnia, pisze dalej Jacobs, oczekiwać przy łóżku chorej, czy łaska przyrody zechce ułatwić powstanie ratującego skrzepu podczas zapaści tak często śmiertelnej. Lepiej zastąpić ów skrzep oczekiwany podwiązką.

Treub wykreślił ze statystyki swojej owe 10 kobiet, które w przeciągu dwu godzin zmarły wskutek krwotoku, ponieważ powątpiewa, aby operacja była którąkolwiek z nich jeszcze uratowała. Jacobs, przeciwnie, twierdzi, że natychmiastowa operacja dawałaby wszelkie szanse uratowania ich. Prawdopodobnie Treub w praktyce swojej, pisze dalej Jacobs, nigdy nie był świadkiem dramatu takiego krwotoku po pęknięciu worka pło-

dowego pozamacicznego, tak jak np. przyznaje się do tego de Baisieux, który w praktyce swojej szpitalnej ani jednego takiego przypadku nie widział.

Również z pośród lekarzy belgijskich Vandewuyts, Pierard, Dutoit, Paquay, Masen, de Bolle, Keiffer w długoletniej praktyce swojej ani razu nie byli wzywani do takiego przypadku. Natomiast w miastach wielkich przypadki takie są częste, co może rzuca pewne światło na etiologię ciąży pozamaciczej. Śmierć nagła, o której pisze Treub, nie zdarza się nigdy: ona nie istnieje, a jeżeli śmierć następuje, to zawsze dopiero po upływie jednej, dwóch, trzech, dziesięciu, dwudziestu czterech godzin, lecz nigdy nagle. Interwencja jest, zdaniem Jacobsa, zawsze możebna, chociażby w warunkach jaknajgorszych — w nędznej chałupie pozamiejskiej, czego dowodzi spostrzeżenie Corina. Nie wypada nigdy ze skrzyżowanymi ramionami czekać. Kufferath na cztery przypadki, gdzie go wezwano do kobiety, będącej in extremis, uratował trzy chore, czwarta zmarła podczas przygotowań do operacji, ponieważ wezwano pomoc już za późno.

Również Roger, który operował w mieszkaniu prywatnem chorą już konającą, śmierć przypisuje jedynie temu, że wezwano go za późno. Javaux widział również śmierć podczas przygotowań do operacji. Verneuil na 12 przypadków takich widział trzy przypadki śmierci, ponieważ operacji dokonano za późno. Lauwers w przypadku zalania jamy brzusznej krwią dwa razy już nie mógł operować, bo przybył za późno do chorej. Tak samo Nisot był świadkiem śmierci w ciąży trzech i pół miesięcy, gdzie za późno było na operację. Lerat widział przypadek taki: w krwotoku i stanie groźnym lekarz domowy oczekiwał, kładąc lód na brzuch i stosując opium. Gdy stan chorej, pomimo to, coraz więcej pogarszał się, przewieziono chorą do szpitala. Chora zmarła zaraz po przybyciu do szpitala. Nie zdążono dokonać operacji.

Corin operował kobietę, będącą in extremis, w chałupie chłopskiej w krwotoku, trwającym króciej, niż 24 godzin. Chorą odżywił wewnątrzżylnem wystrzykiwaniem rozczyну soli kuchennej.

Mayer uratował dwie chore, prawie bez krwi będące, operacją natychmiastową.

Steenbruggen operował jedną chorą, u której tętna już nie można było wymacać.

Lemarinel: w jednym przypadku, który widział, sądzi, że jedyną możliwością uratowania chorej był zabieg natychmiastowy.

Hannecart operował zawsze, o ile dało się — natychmiast, swoją drogą kilka razy i operacja już nic nie pomogła, bo była za późno dokonana. Rochet był wezwany przez jednego z uczniów swoich do chorej poliklinicznej, skonstatował zapaść w krwotoku wewnętrznym i żądał natychmiastowej operacji. Chora uparła się, że musi uprzedzić rodzinę, i poszła do domu. O godzinie trzeciej powróciła do szpitala: nowa zapaść w poczekalni; gdy operacja miała się odbyć o czwartej, chora zmarła w przedpokoju sali operacyjnej.

Do szpitala Jacobsa zgłosiła się o 6 wieczorem chora. Nowomianowany intern szpitala, nieobeznany jeszcze z takimi przypadkami, oparł się nawoływaniu siostry miłosierdzia, że to jest krwotok wewnętrzny i że powinien zawezwać Jacobsa bez zwłoki, i nie chciał siostrze wierzyć i za to musiał być świadkiem śmierci chorej. Pewnego razu Jacobsa wezwano rano o 10-ej do chorej bez tętna. Operował natychmiast i to bez narkozy: było jednak za późno, chora zmarła.

Dwa razy Jacobs operował bez chloroformu chore bez tętna, podtrzymując życie przez podskórne wstrzykiwania soli podczas operacji.

Śmierć z ubytku krwi istnieje, wbrew twierdzeniom Treuba, i jeśli odsetka śmierci jest tak znaczna, to li tylko dla tego, że pomoc operatora wzywano za późno. Przypadki takie śmiertelne bynajmniej nie są rzadkością i powinny być ogłoszone, aby przekonać tych, którzy trzymają się leczenia wyczekującego, do których należy Treub.

Jacobs na drodze ankiety zebrał 802 przypadki z praktyki lekarzy belgijskich.

615 razy operowano nagle, o ile się dało, natychmiast w pierwszych godzinach po wystąpieniu krwotoku; uratowano na 615 kobiet 580, a 27 zmarło pomimo operacji. Śmiertelność więc po interwencji rychłej wynosiła 4,42%.

Na 142 operacji, dokonanych 24 i 36 godzin po w niu krwotoku, uratowano kobiet 130, zmarło zaś 12—8,45%.

Na 45 chorych nie operowanych zmarło aż 25 czyli 54,5% a tylko 20 uratowano bez operacji.

Czyż te liczby nie mówią dosyć? Śmiertelność po unikaniu operacji wynosiła 20 razy tyle, co po operacji natychmiastowej!!! A więc, pisze dalej Jacobs, niedokonanie operacji jest zbrodnią. Gdyby na owe 600 przypadków operowanych, nie operowano wcale, byłoby zmarło 300 z nich zamiast 27, które zmarły pomimo operacji. I bodaj czy nawet 300 kobiet byłoby uratowanych, gdyby żadnej z owych 600 nie operowano. Przypadki, w których nie operowano, były takie, gdzie albo na operację było już za późno, albo warunki nie pozwalały na dokonanie operacji, albo też chora lub rodzina na operację nie zgodziła się. Jacobs zaznacza, że w statystyce tej pominięto wszystkie przypadki krwiaków już uformowanych oraz wylewów krwi śródwężadłowych, gdzie krwawieniu mniejsze przypisywano *quoad vitam* znaczenie.

Ale nawet w takich przypadkach kwestya zabiegu podlega dyskusji. Chociaż na razie niebezpieczeństwo nie zagraża życiu chorej, to jednak zagrożone jest jej zdrowie, jej przyszłość. Często widzimy w następstwie ropienie, zrosty, bezpłodność i nawroty sprawy; swoją drogą dziś Jacobs pragnie w statystyce rozpatrywać tylko przypadki inondation péritoneale, o których mówił Treub, jako przeciwnik operacji natychmiastowej, uważając je za nader rzadkie wyjątki. 45 razy nie operowano, a pomiędzy nimi 21 razy nie operowano *de parti-prisne*. Na te 21 przypadków przypada śmierci 14 czyli 66%!

Hardy pisał: na cztery przypadki wyczekiwania w stanie ciężkim miał on śmierci dwie. Trzy razy widział wyzdrowienie, gdzie zanotowano to polepszenie stanu, to ponowne pogorszenie przy wyczekiwaniu. Dwa razy widział ponowne krwotoki silne w wyczekiwaniu, jedna z tych chorych zmarła od krwotoku.

Arnould widział jedną śmierć w nocy przed swoim przybyciem do chorej, a druga pacjentka zmarła po kilku tygodniach wyczekującego leczenia.

Debeule zaznacza, że leczenie wyczekujące naraża chorą na nowe krwawienia, na rozkład wynaczyniowej krwi i ropienie, a wyzdrowienie przewleka się na tygodnie i miesiące, pozostawiając za sobą niezdolność do pracy i cały kompleks naj-

różniejszych dolegliwości w związku z zaburzeniami w krwio-biegu, w działaniu pęcherza i odbytnicy, w miesiączkowaniu i t. d., już nie mówiąc o różnych zaburzeniach w układzie nerwowym. Samowyleczenie rzadko tylko bywa zupełne, często pozostają zrosty, stwardnienia, unieruchomienie macicy, bezpłodność i t. d.

Usunięcie rozerwanego jajowodu nie jest bynajmniej okaleczeniem chorej, przeciwnie pozostawienie tego jajowodu staje się powodem różnych dolegliwości następczych.

Jacobs więc obstaje przy tem, że jedyną drogą, która może usunąć niebezpieczeństwo, w każdej chwili życia grożące, jest natychmiastowa operacja. Rochet pisał do Jacobsa, że nigdy dokonanie operacji natychmiastowej w takiej inondation peritoneale nie obciążało jego sumienia chirurgicznego, i że o wiele prędzej sumienie chirurga może obciążyć wycięcie zrakowaciałej macicy, zropiałych przydatków, a nawet włókniakowej macicy, niż operacja w ciąży pozamacicznej. Któreż operacje ginekologiczne, podług zdania Treuba, pozostawiają w spokoju sumienie chirurga? Czy nie dosyć już atramentu zużyto na omawianie sprawy operowania lub nie w ciąży pozamacicznej? Czy po 25 latach przewrotu zwycięskiego mamy powrócić do gorących irygacyi, kataplazmów i tamponów?

Van Havre pisał, że lekarz, skoro rozpoznał ciążę pozamaciczną, powinien natychmiast wezwać chirurga. Je m'etonne de voir discuter une pareille question à notre époque. Ce qui est grave, tres grave, c'est de temporiser“.

Lambotte pisał, że uważa za jedynie słuszne postępowanie natychmiastową operację, wyczekiwanie może mieć następstwa smutne, tak samo jak w appendicitis. Lecz Lambotte robi zastrzeżenie, aby operacji dokonał ten, który ma dostateczne doświadczenie, aby ją zrobić należycie i aby operacja dokonana była w warunkach odpowiednich co do aseptyki.

Na tem kończy Jacobs przytoczenie zdania innych belgij-skich fachowców. Podług niego, wyczekiwać znaczy zmniejszyć szanse wyzdrowienia. Jacobs sądzi, że sumienie lekarza, który bierze na siebie odpowiedzialność za wyczekiwanie w nadziei na zatrzymanie się krwotoku, jest bardzo elastyczne i że ci, którzy są zwolennikami takiego postępowania, mają na sumieniu więcej śmierci, niż ci, którzy zasadniczo operują zaraz,

sকoro przekonają się o niebezpieczeństwie życiu chorej grożącym.

W № 3 Progrès Medical Belge z dnia I. II. 1909 wskutek odezwy Jacobsa zabiera głos de Bom z Antwerpii:

Otóż de Bom, będąc asystentem Lambotte'a w klinice chirurgicznej, operował 10 razy w ciąży pozamacicznej po pęknięciu, a między nimi 8 razy d'une façon urgente, później operował jeszcze dwa razy w przypadkach ciężkich zaraz po wezwaniu po za kliniką. Co do artykułu profesora Treuba, de Bom rozróżnia zdanie i wnioski chirurga Treuba oraz zdanie i wnioski profesora, uczącego ex cathedra. Chirurg wyrobił sobie teorię własną, opartą na własnym doświadczeniu, zdanie jego jest tak samo uprawnione, jak zdanie każdego innego chirurga. Mówić sposobem kategorycznym w ciąży pozamacicznej o pęknięciu bez objawów groźnych i bez kontroli przez kolpotomię, jest ryzykowne i łatwo narazić się przytem można na pomyłkę rozpoznawczą. Ileż to razy cięcie brzucha ujawnia mylne rozpoznanie. Pomyłki są nieuniknione. Jeśli wypada czekać na wystąpienie objawów groźnych, aby operować, pyta się, czy zdanie profesora Treuba może być zdaniem chirurga, który przede wszystkim pragnie w prosty sposób uzdrowić pacjentkę swoją?

Czy wypada czekać, dopóki tętno nie zniknie, śmierć raptownie się zbliży i bliskość tej śmierci stanie się jawną dla całego otoczenia, aby wtedy chorą kłaść na stół operacyjny, by poddać ją interwencji?

Aby operować włóknika macicy, nikt nie będzie czekał, dopóki wystąpią objawy nerkowe albo sercowe; raka każdy operuje, zanim wystąpi charłactwo, w złamaniu czaszki z wylewem krwi dokonywa się trepanacyi, zanim wystąpi śpiączka. De Bom wątpi, aby Treub znalazł wielu zwolenników swego postępowania, dla którego spokój bezwzględny ma być najlepszym leczeniem chorej.

Odpowiedzialność operatora jest bardzo ograniczona i w razie zejścia śmiertelnego pozostaje tylko przykrość moralna. Kto raz był świadkiem takiej śmierci z krwotoku, nie tamowanego zawczasu operacją, nie będzie chciał powtórnie patrzeć na taki dramat.

Treub mówi o okaleczeniu chorej przez usunięcie jajowodu.

Czy można liczyć się z takim okaleczeniem wobec niebezpieczeństwa, grożącego śmiercią? Oto przykład, dowodzący, że nasze wiadomości co do pęknięcia w ciąży pozamacicznej nie są bynajmniej doskonałe.

Kobieta lat 35 przybyła wieczorem do szpitala z bólami w podbrzuszu, dobrem tętnem i zupełnie przytomna. 6 lat temu dokonano jej cięcia brzucha na skutek pęknięcia jajowodu ciężarnego. Obecnie trzy godziny przed przybyciem do szpitala zauważyła takie same objawy, jak wtedy. W jej dawniejszej ciąży pozamacicznej zwlekano dosyć długo z operacją. Obecnie odważna niewiasta ustawicznie żądała natychmiastowej operacji, aby nie umrzeć z krwotoku wewnętrznego, jak się wyrażała. Położono ją do łóżka — tętno 110, ciepłota 37,8° C, cokolwiek odchodów krwawych z pochwy. Żadnych oznak ciąży nie znaleziono. Na jednej stronie macicy sklepienie boczne pochwy cokolwiek bolesne: poruszenie macicy wywołuje cokolwiek bólu. Nigdzie nie wymacano ciastowatej spoistości obok macicy, nie zauważono ani śladu tendencji do zapaści, ani objawów podrażnienia otrzewnej, ani zaburzeń wzrokowych. Oświadczyłem jej, pisze de Bom, że objawy choroby, którą ona podejrzywa, nie są wyraźne i że całość objawów obecnych nie wymaga interwencji natychmiastowej. Wtedy chora stała się wymagającą oraz ironicznie odezwała się: „Ouvrez mon ventre en toute tranquillité. Je ne me trompe pas: c'est la même histoire. Je n'ai pas peur et ne désire pas mourir bêtement d'hémorragie“!!!

De Bom wtedy zdecydował się na cięcie brzucha. Znalazł w jamie brzusznej około dwóch litrów krwi jasnoczerwonej, skrzepy w ogromnej ilości oraz pęknięcie prawostronnego jajowodu ciężarnego.

De Bom wtedy nie wątpił już, że po 2—3 godzinach byłby zastał obraz zupełnie odmienny.

Czy Treub byłby czekał z interwencją? Prawdopodobnie, że tak. Osobiście de Bom wątpi, czy wynik operacji, później dokonanej, byłby taki sam, jak operacji zaraz dokonanej. Wszelkie pochwały dla spokoju absolutnego, pęcherza z lodem i opium nie zmieniają przekonania de Boma. Po pierwsze, nie odważyłby się de Bom na taką terapię, uważając siebie wtedy za winowajcę; co do krwotoków wewnętrznych, nie wierzy on wogóle

w ergotyne, antipirynę, styptycyne, żelatynę et cet. Klamp albo podwiązka na naczynie krwawiące, oto jedyny środek, który pozwala spokojnie przeczekać dalszy przebieg, jedyny środek, nie narażający na wyrzuty sumienia.

O jakim zresztą mówi okaleczeniu Treub? czy cięcie brucha czysto dokonane z uratowaniem chorej naraża operatora na zarzut ze strony estetyki? Czy po uzdrowieniu chorej po pęknięciu ciężarnego jajowodu bez operacji nie następuje stwardnienie tkanek, odbierające jajowodowi wszelką zdolność czynnościową? Zresztą nie zawsze zmuszeni będziemy usunąć i jajnik i cały jajowód. Co do śmiertelności po operacji, trzeba być surowym sędzią względem samego siebie. Bardzo często błąd techniczny jest przyczyną zejścia niepomyślnego, przypisywanego później okolicznościom danego przypadku. Zdaniem de Boma, śmierć może nastąpić po operacji tylko wtedy, gdy krwotok był już za nadto wyczerpujący odporność chorej. Według de Boma, postępowanie Treuba naraża nas na takie ewentualności, gdzie najmniejszy warunek niekorzystny przeważy szalę na stronę zejścia śmiertelnego. Czy mamy rzeczywiście czekać z operacją, dopóki tętno zniknie?

Powinniśmy być surowymi sędziami siebie samych i nie przypisywać śmiertelnego zejścia okolicznościom towarzyszącym tam, gdzie wina leży na stronie operatora, braku techniki, aseptyki etc. Treub przemawia według swego przekonania i ma odwagę osobistą ex cathedra uczniów nawoływać do swoich poglądów. Treub ryzykuje i doczeka się tego, że uczniowie jego w następstwie zmieniają zdanie swoje. Treub utrzymuje, że operacja dokonana in flagranti daje 12,6% śmiertelności. Czyż tak jest? Jeśli by tak było, to statystyka tak nieszczęśliwa musiałaby mieć źródło w sali operacyjnej, czyli że to, co się dzieje w sali operacyjnej, jest źródłem nieszczęścia: albo chorą za późno sprowadzono do sali operacyjnej, albo też operacja nie była dokonana tak, jak wypada. W obu przypadkach takich wina spada na operatora, jeśli za późno albo za wolno operował. Dziś już nie powinno być przyczyną śmierci chorej takie bierne zachowanie się operatora. Śmiertelność tych operacji, w porę dokonanych, nie dojdzie stanowczo do owej odsetki, którą podaje Treub.

Na tem kończę pouczające streszczenie wyżej wymienionych

prac. Sprawa postępowania leczniczego w krwawieniach wewnętrznych w ciąży pozamacicznej była poruszana niejednokrotnie na posiedzeniach Ginekologicznych naszego Towarzystwa Lekarskiego z powodu przedstawienia tego lub owego spostrzeżenia kazuistycznego. Byłoby wielce na czasie rozejrzeć się również w kazuistyce ginekologów polskich, a to dla porównania statystyki naszej ze statystykami powyżej podanemi.

DO POWYŻSZEGO STRESZCZENIA POSŁUGIWAŁEM SIĘ NASTĘPUJĄCEMI PRACAMI.

I. Hector Treub (Amsterdam): Le traitement de la grossesse extra-uterine après rupture ou avortement tubaire. Travail présenté à la société obstétricale de France L'Obstétrique, octobre 1908.

II. Rapport der Commissie benoemd in de Vergadering van 17 Januari 1909 om verslag uit brengen over Mededeelingen aangaande de Behandeling van gebarsten estraüterine Graviditeit. De Commissie: Dr. L. F. Driessen, Dr J. W. C. van Kesteren. Amsterdam 25 art. 190 1909.

III. Jacobs (Bruxelles). A propos d'une communication du pr. Treub d'Amsterdam: Grossesse estraüterine rompue avec inondation përitoneale. Le Progrès Médical Belge. 1909. 15 Janvier.

IV. De Bom (Anvers) Toujours à propos d'une communication du pr. Treub d'Amsterdam: Grossesse extrauterine rompue avec inondation peritonéale. Le Progrès Médical Belge 1 Fevrier 1909.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

I. POSIEDZENIA CHIRURGICZNE.

Posiedzenie dnia 10 marca 1910 r.

1. *Kryński L.* Pokaz chorego po operacji raka wargi górnej, dolnej, oraz żuchwy — przypadek właściwie „inoperabilis“.

2. *Laskowski J.* Pokaz chorej po oparzeniu skóry, leczonej maścią szkarłatową.

3. *Borzymowski.* Pokaz okazów z chirurgii mózgu.

1. *Kryński* przedstawił mężczyznę 43-letniego, u którego z powodu bardzo rozległego raka ust i żuchwy wykonał wycięcie całej szpary ust z wargami, brody z całym trzonem kości żuchwy i częściami miękkimi dna jamy ustnej aż do kości gnykowej. Obecnie minęło od operacji 3 miesiące: stan chorego poprawił się znakomicie, rana pooperacyjna zagojona zupełnie; chory łyka dobrze, mówi wcale wyraźnie. W celu zakrycia ogromnego braku twarzy, przerażającego dla otoczenia, Kr. polecił zrobienie odpowiedniego przyrządu z wąsami i brodą, które brak ten uczynią mniej widocznym.

(Streścił mówca).

2. *J. Laskowski* przedstawia chorą, leczoną za pomocą maści szkarłatowej (Scharlach — R). 23-letnia dziewczyna wskutek wybuchu spirytusu została poparzoną. Na głowie, w okolicach zausznych, karku i lewym ramieniu i przedramieniu były oparzenia III stopnia. Po 6-tygodniowym leczeniu pozostały braki skóry poza uszami i na ramieniu tak głębokie, że uważano za wskazaną operację Thierscha. Wtedy L. zastosował maść ze szkarłatu, sprowadzoną z Hamburga. Wynik leczenia był nader dodatni. Obecnie wszystkie rany są pokryte naskórkiem, oprócz rany na ramieniu, która ma obecnie około 5 ctm. długości i 1½ ctm. szerokości; w chwili zastosowania maści Sch—R. miała ona 18 ctm. długości i około 15 szerokości.

Myśl zastosowania Scharlachu—R. w celach leczniczych pierwszy rzucił Fischer. Wstrzykując w ucho królika rozczyn Scharlachu—R w oliwie w celu doświadczalnego wywołania raka, Fiszer zauważył żywy rozrost nabłonka w miejscu wstrzyknięcia Scharlachu—R.

Pomysł Fischera zastosował w praktyce Schmieden. Laskowski zarówno u tej chorej, jak i u innych najzupełniej stwierdził dodatnie wyniki,

jakie w brakach skóry daje leczenie tą maścią. Należy jednak zachować pewne warunki w leczeniu. A więc rana winna być pokryta żywą ziarniną i wolna od ropienia, czyli powierzchnia rany powinna być tak przygotowana, jak gdybyśmy mieli robić plastyczną operację Thierscha.

Sam sposób zastosowania maści jest następujący. Maść przygotowuje się na wyjałowionej waselinie, biorąc 8,0 amidoazotoluolu—jest to skuteczna część składowa szkarłatu—na 1000,0 waseliny. Maść tę cienko posmarowaną na gazę przykładą się na ranę. Po 24 godzinach zdejmuje się maść, i kładzie się na ranę, w celu uniknięcia zbyt drażniącego działania szkarłatu — maść obojętna — naprz. maść cynkowa. Po 48 godzinach można znów zastosować maść szkarłatową.

L. nadmieniam, że stosował maść tę również z dobrym wynikiem w braku skóry po zajęciu sutki, we wrzodzie goleni i rozpęklinie odbytu po usuniętych krwawnicach.

(Streścił mówca).

3. *Borzymowski* przedstawił następujące okazy z dziedziny chirurgii mózgu.

1. Mózg z guzem w okolicy gyrus centralis anterior sin., pochodzący od chorej w wieku 30 lat, która na 8 lat przed śmiercią zaczęła dostawać drgawek typu Jacksona. Drgawki te z czasem stawały się coraz częstsze i dotyczyły prawej połowy ciała, a następnie połączone były z przejściowym niedowładem i niemotą zupełną. Chora ta była w szpitalu Św. Ducha trzykrotnie z rozpoznaniem drgawek na tle zaburzeń czynnościowych. Dwa razy była zrobiona jej operacja przez *Borzymowskiego* i prof. *Kryńskiego*, polegająca na obszernem wywierceniu czaszki bez otwierania opony twardej. Przed operacją drgawki powtarzały się co 2 minuty, był niedowład prawej ręki i nogi i zupełna niemota, po operacji nastąpiło za pierwszym i drugim razem b. szybko wyzdrowienie, trwające kilka miesięcy, po upływie których jednak znowu wszystkie przypadłości wracały i chora wśród drgawek życie zakończyła; za trzecim powrotem do szpitala operacji nie zrobiono.

2. Mózdzek z ropniem w półkuli lewej, pochodzący od 20 paru letniej kobiety, która od dzieciństwa chorowała na wyciek ropny z lewego ucha. Na parę tygodni przed śmiercią zaczęła doznawać bólów głowy i senności, a wyciek z ucha zatrzymał się. Przedmiotowo miała: niedowład lewostronny z bezwładem, zboczenie głowy i oczu w lewo, drżenie gałek ocznych, brodawkę zastoinową na dnie oka, zboczenie języka w lewo. T. 100—120, stan bezgorączkowy. Kol. *Kopczyński* rozpoznał ropień (ewentualnie guz) mózdzku. Po wywierceniu czaszki, wykonaniem przez *Borzymowskiego*, zostało zrobione przekłucie próbne, które jednak nie wykazało obecności ropy. W dwa tygodnie po operacji chora zmarła. Sekcja wykazała duży ropień mózdzku i wodogłowie wtórne.

3. Guz w dolnej części płata ciemieniowopotylicznego od mężczyzny 32 letniego, który na parę miesięcy przed śmiercią zaczął doznawać bólów głowy, nudności, wymiotów, osłabienia wzroku, a w końcu dostał ślepoty zupełnej. Przedmiotowo była senność, brodawka zastoinowa, zanik wtórny

nerwów ocznych, nieznaczny niedowład lewej kończyny górnej z zaburzeniem zmysłu mięśniowego. Kol. Kopczyński rozpoznał guz zrazu ciemniowopotylicznego lewego. Podczas operacji guza nie znaleziono z powodu zbyt głębokiego umiejscowienia jego; sekcyja bowiem wykazała guz w wymienionej okolicy bliżej podstawy czaszki, uciskający na wzgórkę czworacze i wodociąg Sylwiusza.

4. Guz, usunięty z okolicy mózdzku od 20 letniego chorego, który 2 lata cierpiał na bóle głowy, nudności, wymioty i osłabienie wzroku, a od marca 1909 roku była zupełna ślepotą. Przedmiotowo: brodawka zastoinowa, osłabienie odruchów kolanowych, brak wyraźnych objawów miejscowych. Kol. Kopczyński rozpoznał nowotwór mózdzku. Pierwszy raz operacji dokonał Borzymowski w czerwcu roku zeszłego. Operacyja polegała na zupełnem wywierceniu łuski kości potylicznej, obszyciu pola operacyjnego na oponach i przecięciu lewej półkuli mózdzku w celu odszukania guza. Guza nie znaleziono. Stan chorego tak poprawił się po tej operacyji, że mógł potem odbywać spacerki kilkuwiorstowe, a bóle głowy na parę miesięcy zupełnie ustały; wzrok nie poprawił się. W styczniu roku bieżącego chory po raz trzeci zapisał się do szpitala z dużem wypukleniem skóry w okolicy potyliczowej i silnymi bólami głowy. Borzymowski wykonał drugą operacyę, która z powodu bardzo silnego krwawienia ograniczyła się do wypuszczenia z okolicy prawej półkuli mózdzku 200 grm. płynu, podobnego do cieczy mózgowordzeniowej. Po tym zabiegu stan chorego poprawił się, nie dłużej jednak, niż na tydzień. Wskutek tego po paru tygodniach zrobiono bez cięcia powłok czaszkowych przekłucie tej samej okolicy i wypuszczono 120 grm. takiegoż płynu. Stan chorego stopniowo zaczął pogarszać się, wskutek tego wykonano czwarty zabieg, w czasie którego Borzymowski usunął z okolicy mózdzku guz torbielowaty o twardych i grubych ścianach, wypełniony płynem, podobnym do cieczy mózgowordzeniowej. Na razie stan chorego znacznie poprawił się i bóle głowy ustały, znikła poprzedzająca operacyę apatya, po tygodniu jednak nastąpiło zapalenie opon i chory zmarł w kilka dni potem. Sekcyja wykazała przerzuty guza w postaci paciorków na obu stronach rdzenia przedłużonego, zapalenie opon ropne i nadzwyczajne ścięczenie wszystkich kości czaszkowych.

5. Mózg z licznymi (około kilkudziesięciu) przerzutami w nim raka, który najprzód rozwinął się w oplucnej. Na każdym przecięciu mózgu jest kilka guzów od bardzo małych, do wielkości jaja kurzego dochodzących. Na uwagę zasługuje ten okaz z tego względu, że żadnych objawów miejscowych chory ten nie zdradzał; zmarł nagle.

Następnie Borzymowski mówił o technice w operacyach na mózgu. W operacyach z powodu guzów mózgowych bywa nieraz znaczne krwawienie z powłok czaszkowych. Dla uniknięcia tego Krauze zaleca głębokie obszycie jedwabiem skóry naokoło cięcia (sposób Heidenhaina), albo przyszywanie płytek metalowych naokoło pola operacyjnego (sposób Credela). Borzymowski w jednym przypadku zastosował sposób Heidenhaina z dobrym wynikiem u tego samego chorego, u którego B. miał poprzednio znaczne krwawienie z powłok i dla tego musiał nawet przerwać operacyę.

Do wywiercenia kości Borzymowski używa nasamprzód dłotka, któ-

rem wycina rowek w zewn. blaszce kostnej aż do diploë, a wewnętrzną blaszkę przecina dłótkiem Doyena i kleszczami Lüera. Największe niebezpieczeństwo w operacjach na mózgu grozi ze strony opon, również jak ze strony otrzewnej w operacjach w jamie brzusznej, lub ze strony opłucnej w operacjach w klatce piersiowej. Dla uniknięcia tego niebezpieczeństwa, Borzymowski przed rokiem powziął myśl obszywania cięcia na oponach szwem ciągłym w tym celu, aby operacje mózgowe mogły odbywać się zewnątrzoponowo, jak w brzuchu robią się zewnątrzotrzewnowo i t. d. W przypadku jednym B. obszył w tym celu struną jodową opony na mózdzku szwem ciągłym i, pomimo przecięcia następnie mózdzku i badania go palcem, zgoła żadnych szkodliwych skutków od tego obszycia nie widział. W drugim natomiast przypadku, kiedy do obszycia zastosował szew ciągły przekładany (t. zw. Languetennaht) w okolicy gyrus parieto — occipitalis post., nastąpiło po głębokiem przecięciu mózgu i badaniu tegoż zapalenie opon, miejscowych jednak objawów i tym razem nie było. Obszycie opon według Borz. ma na celu zamknięcie przestrzeni limfatycznych w błonie pajęczej (arachnoidea) przez zbliżenie do siebie szwem opony twardej i miękkiej. Obszywając należy ujmować tylko opony, starając się jaknajmniej dotykać substancji korowej. Szew przekładany B. uważa za nieodpowiedni, ponieważ może on przerwać krążenie krwi w oponach na miejscu obszytem; szew ciągły kuśnierski wystarcza. Po wyjęciu guzów powstaje jama, którą należy odosobnić od atmosfery otaczającej. Czy zostawiać w niej sączki lub gazę? Krauze radzi zaszywać nad jamą opony, a pasek gazy zostawiać na oponach. Borz. sądzi, że jamy pozostałe po guzach same wypełniają się nasuwającą się z boków substancją mózgową i dla tego wolalby je zawsze zaszywać doszczętnie, chociażby nawet miał w nich powstać krwiak.

(Streścił mówca).

Sławiński zastanawia się nad sposobami tamowania krwawienia w czasie otwierania czaszki i przychodzi do wniosku, iż dobre otoczenie czaszki rurką gumową jest lepsze i mniej kłopotliwe, niż inne sposoby (obkłuwanie i t. p.). Co się tyczy obszywania opon w celu operowania „pozaoponowego“, jest ono niebezpieczne, jako wywołujące zrosty i blizny na powierzchni mózgu, co może prowadzić do napadów padaczkowych. Sączkowanie otworu operacyjnego oraz jamy powstałej w istocie mózgu nie daje dobrych wyników; rana powinna być zupełnie zaszyta; do takiego wniosku przyszedł Cushing. Ponieważ istota mózgu jest zupełnie niewrażliwa na drażnienie, przeto znieczulenia wymaga tylko otwieranie czaszki; ciąg dalszy zabiegu może obejść się bez znieczulania; tak czyni dziś większość operujących. Szew „przekładany“, o którym wspomina Borzym., jest powszechnie zwany szwem Langenbecka; Jawdyński nazywał go „swoim“.

Kryński przypomina, że wielkie statystyki zagraniczne operacji mózgowych wykazują—tak samo jak u nas—wielką śmiertelność i liczne omyłki co do ustalenia siedliska choroby. Dążenie do operowania „pozaoponowego“ jest trudne do urzeczywistnienia: w najstaranniejszym szwie zawsze pozostaną szczeliny na linii obszycia; opony, jako twory delikatne, muszą rwać

się; istota szara dzięki szyciu ulega nieobojętnemu dla niej urazowi; słowem — mamy tu do czynienia z warunkami zupełnie różnymi od otrzewnej; to też nie sposób jest przeprowadzać analogii między operowaniem zewnątrzotrzewnym a zewnątrzoponowym.

Czarkowski podkreśla konieczność całkowitego zaszywania jam operacyjnych i przytacza własny przypadek następujący: rozpoznano guz mózdzku; zrobił operację dwuczasowo; poszukiwanie guza było bezowocne mimo wielkiego głębokiego nacięcia próbnego; z racyi znacznego wypuklenia się mózgu był zmuszony wyciąć bardzo duży kawał mózdzku, zanim udało się zbliżyć brzegi rany opon i zaszyć je na glucho. Przebieg pooperacyjny był bardzo dobry, operowana wypisała się z nieznacznym zaledwie pogorszeniem stanu ogólnego z raną zagojoną, co oczywiście zawdzięczać należy całkowitemu szyciu rany. Opanowanie krwawienia z rany powłok nie sprawiało C. trudności; wystarczyło zwykle uciskanie miejsc krwawiących kleszczykami Kochera.

Krauze też uważa, że krwawienie nie jest tak groźne, jak je opisują; obszycie płata mimo to zasługuje na uznanie; zmniejsza ono krwawienie bardzo wyraźnie. K. też nie może chwalić obszywania opon mózgu w celu operowania zewnątrzoponowego: sposób ten—po za względami, przytoczonymi przez poprzednich mówców, ma tę ujemną stronę, że, określając z góry teren operacyjny, utrudnia przedłużenie cięcia w razie potrzeby. Fedor Krauze ogranicza się do tamponowania wokoło pola operacyjnego; czyni to jednak tylko w tych razach, gdzie podejrzewa obecność ropnia. Co się tyczy nakłuć próbnych, to te bardzo często zawodzą; dla tego też lepiej robić cięcie głębokie.

Leśniowski zwraca uwagę na ogłoszone niedawno doświadczenie, że umieszczenie tułowia i kończyn zwierzęcia w kamerze o ciśnieniu zmniejszonym o 15—20 mm. Hg. ogranicza krwawienie żyłne z mózgu do minimum, a obniżenie ciśnienia o 40 mm.—zmniejsza krwawienie tętnicze.

Dodać należy, że Anschütz w celu powyższym z powodzeniem stosował proponowaną przez Dowbarna metodę, polegającą na wywołaniu zastoiny żylnego w kończynach podczas operacji—za pomocą opaski Biera. W ten sposób udaje się choć w części ograniczyć dopływ krwi żyłnej do pola operacyjnego.

Sawicki powstaje przeciw uciskaniu czaszki rurą gumową, gdyż przepaska taka wobec pewnych umiejscowień bardzo przeszkadza; najlepsze jest obkłuwanie. Co się tyczy obszywania opon, to zabieg ten, zdaniem S., jest niewykonalny praktycznie z tej racyi, iż istota mózgu, jako nader miękka, podczas szycia musi się przedzierać.

Ciechomski podkreśla zwodniczość rozpoznań neurologicznych co do umiejscowienia ognisk chorobowych. Krwawienie zawsze jest największe z kości (w diploë). Borchard w celu opanowania tego krwawienia zaleca wbijanie gwoździków z kości słoniowej lub wosku. C. ze swego doświadczenia przekonał się, że wystarczy zakładanie do kości małych kawałków gazy.—Rozważając przypuszczalną naturę cierpienia mózgowego, należy zawsze pamiętać o bąblowcu, który nie jest tu wielką rzadkością. Co się tyczy przepuklin mózgowych, to stosowanie płata skórnokostnego zabezpie-

cza od wszelkiego wypuklania się następczego. Operując dwuczcasowo, nie należy nadto długo zwlekać z wykonaniem drugiej części operacji; w razie przeciwnym—wobec wyziarninowania powierzchni opony twardej—zacierają się szczegóły anatomiczne, utrudniając orientowanie się w ranie. Co do obszywania opon, C. zgadza się z innymi, że jest to sposób niepewny i nie zupełnie bezpieczny; zwłaszcza, że dobre obetkanie gazą może zabezpieczyć przestrzenie międzyoponowe od napływania ropy. Wreszcie przytacza C. jeden ze swoich przypadków przypuszczalnego guza mózdkowego, gdzie—mimo, iż w czasie operacji niczego odnaleźć nie udało się, pacjentka poprawiła się znakomicie; oczywiście trudno orzec, czy z czasem nie nastąpi pogorszenie.

Krauze w celu orientowania się na polu operacyjnym — w zabiegu, dokonywanym dwuczcasowo, nakłada podczas pierwszej operacji trzy nitki rozpoznawcze na oponę; postępując w ten sposób, K. wolny jest od obawy zranienia zatoki lub t. p.

Oderfeld nie widzi zasady do nadmiernego obawiania się krwawienia; operując wielokrotnie, raz tylko miał poważniejsze krwawienie w emissarium, które opanował przez wbicie w kość kawałków drewniek od zapalki.

Borzymowski na czynione mu zarzuty odpowiada, co następuje. Obkluwając pole operacyjne, istotnie możnaby obawiać się uszkodzenia ośrodków korowych, to też szew należy prowadzić nie głęboko. Obkluwanie nacięcia na oponach stosował już F. Krauze w przypadkach padaczki Jacksona, gdzie wycinał części istoty korowej i nie wspomina o złych skutkach uszkodzenia kory. B. miał przypadek rany postrzałowej z dużą utratą istoty korowej bez złych następstw. Co do zarzutu Sawickiego, to chodzi tu o przyszywanie nie do mózgu, a do opony miękkiej. Zastosowanie rury gumowej do tamowania krwawienia z powłok czaszkowych nie daje dobrych wyników.

Przyborowski zapytuje o szczegóły szwu oponowego.

Borzymowski odpowiada, że stosuje szew strunowy i pozostawia go na stałe. Co do zarzutu Ciechomskiego odnośnie konieczności płata kostnego, to właśnie Borzymowskiemu chodziło o wywołanie przepukliny celem zmniejszenia ciśnienia.

Przyborowski wyraża obawę, czy struna w danym razie nie wessie się zbyt wcześnie.

Borzymowski odpowiada, że wytworzony wówczas zrost zapobiegnie niepożądanym powikłaniom.

II. POSIEDZENIA GINEKOLOGICZNE.

Posiedzenie dnia 25 lutego 1910 r.

1. *Grzankowski* przedstawił chorą w wieku lat 47, posiadającą w dużej prawej wardze sromnej guz wielkości główki noworodka. Guz ma postać owalną; obwód większy wynosi 35 ctm., mniejszy 28 ctm.; jest obwisły;

w położeniu wiszącym guza górna powierzchnia jego oddziela się od kości łonowej; skóra na guzie jest niezmieniona i przesuwalna; spistość guza miejscami dość twarda, miejscami miękka; powierzchnia dość gładka.

Macicę znaleziono w tyłopochyleniu, nieodprowadzalną, z powodu przykurczenia zgrubiałych więzów macicznych; poza kością łonową wyczuwano napięte pasmo więzu obłego prawego, pociągane przez zwieszający się guz wargi sromnej. Chora zauważyła guz po raz pierwszy przed laty 5-ma.

Urodziła przed laty trzema prawidłowo i guz był wówczas mały i nie zawadzał w porodzie. Przed laty dwoma guz był wielkości jaja kurzego i od tego czasu dość szybko się powiększał.

Przypadek przedstawia rzadki okaz guza wargi sromnej takiej wielkości. W rozpoznaniu po wyłączeniu słoniowacizny, torbieli gruczołu Bartolina, przepukliny wargowej, należałoby zatrzymać się na włókniaku, który najczęściej bierze początek w przyczepie więzu obłego.

(Streścił mówca).

2. *Kurtz St.* przedstawił chorą lat 35, pannę, która przed 10 laty zauważyła, że z prawej brodawki piersiowej zaczęła sączyć się krew. Piersz zrazu nie była ani powiększona, ani bolesna na dotyk. Od roku wydzielina krwawa z brodawki ustala, natomiast pierś zaczęła szybko rosnać. Obecnie pierś przedstawia się w postaci dużego twardego niebolesnego guza z wklęsniętą brodawką. Gruczoły chłonne pod pachą i lewym obojczykiem powiększone i twarde.

Zdania chirurgów co do postępowania są podzielone. Jedni zalecali operację, drudzy są jej przeciwni.

Rozpoznanie: carcinoma lub sarcoma mammae.

3. *J. Jaworski* przedstawił przypadek raka pierwotnego pochwy. Osoba 26 letnia, prawidłowego ciała kształtu, z podupadłym odżywianiem; 5 razy urodziła; 1 poronienie przed rokiem. Typ miesiączki 9 — 10/IV, ostatnimi czasy ból w podbrzuszu na stronie lewej, krwawe lub blade różowe odchody, zwiększające się po spółkowaniu. Przed półrokiem miała włożony krążek, który nosiła przez 3 miesiące. Do J. zgłosiła się przed paroma dniami; przy badaniu znaleziono: macica powiększona, spistość jej twarda; część pochwowa i wargi maciczne przerosłe, lecz równe, bez naddarc i wrębów. W lewym sklepieniu pochwowem i od tyłu, w jego górnej $\frac{1}{3}$ części, ze ściany pochwy wystaje guzowatość kalafiorowata, na płaskiej szypule; przylega ona bezpośrednio do części pochwowej i pozornie zlewa się z przednią wargą maciczną. Nieco ku przodowi od pierwszej znajduje się 2 razy mniejsza, lecz nieco więcej wystająca do pochwy — guzowatość druga. Spistość posiadają miękka; w czasie badania wydziela się ciecz surowicza, blade różowa, bezwonna. Przymacicze lewe krótsze, niższe; przydatki macicy zupełnie wolne. Gruczoły chłonne pachwinowe, również i miednicy małej — powiększone. J. uważa, iż ma przed sobą raka pierwotnego pochwy u kobiety młodej, bo 26 letniej, w postaci guzowatości, powstałej bezpośrednio jako bujanie rakowe na śluzówce; jak obecnie — niema jeszcze zgrubienia brzegów, a powierzchnia nie jest zbyt wrzodziejąca.

Miejsce guzowatości w tym przypadku, w przeciwieństwie do przypadku, który J. przedstawił na posiedzeniu w d. 30. V. r. z., jest typowe, bo tylko boczna ściana pochwy. Umieszczenie takie warunkowane bywa urazem, któremu najbardziej i najczęściej ta część pochwy ulega. I w danym przypadku krążek, który chora nosiła, mógł odegrać taką rolę, jak o tem świadczą odnośne spostrzeżenia z piśmiennictwa, które mówca podał w opisie przypadku pierwszego raka pierwotnego pochwy.

(Streścił mówca).

4. *Neugebauer* przedstawił chorą lat 69 o typowej kraurosis vulvae pruriginosa bez cukromoczu, oraz wspominał o drugim przypadku, gdzie w przebiegu ciąży zarysował się obraz kliniczny krauroseos vulvae, lecz sine pruritu.

Neugebauer omawia różne przyczyny kraurosis vulvae, objawy, leczenie oraz rokowanie co do późniejszego raka.

Ponieważ sprawa krauroseos vulvae ma być rozpatrywana szczegółowo, *Neugebauer* ogranicza się krótkimi wzmiankami, zaznacza, że w jednym przypadku krauroseos uporczywej, leczonej daremnie zwykłymi środkami, osiągnął zniknięcie pruritus po kilku naświetlaniach promieniami Roentgena, dla których skierował chorą do kolegi Bernhardta. W innym przypadku po daremnych stosowaniu zwykle używanych środków, dokonał wycięcia organów sromu, zaleconego przez Saengera. Po upływie niespełna roku chora powróciła do szpitala z rakiem na dawniejszym polu operacyjnym, oraz rakiem pachwiny. Pomimo operacji, skierowanej przeciw nowotworowi w pachwinie, dokonanej przez kolegę W. Stankiewicza, chora wkrótce zmarła na raka.

N. wspomina o pracy Scheurera, który opisał przypadek samogwałtu u kobiety, wywołanego pruritu vulvae. 33 letnia mężatka, matka dwojga dzieci, od 1½ r. doznawała uporczywego swędzenia w sromie, które zniewolilo ją do drapania się; w następstwie powstało silne pobudzenie płciowe. S. nie mógł stwierdzić żadnej ze zwykłych przyczyn pruritus i pozostawił nierozstrzygniętą sprawę, czy przyczyną było spółkowanie przerywane, czy też swędzenie sromu.

Po bezskutecznym stosowaniu leczenia ogólnie przyjętego, pruritus i jego następstwa, mianowicie rany, powstałe od rozdrapywania paznogciami, zginęły po 8 naświetlaniach światłem uwiolowem.

(Streścił mówca).

5. *Borsuk* przedstawił preparat wyciętej macicy z przydatkami z powodu haematometra et haematosalpinx duplex, przyczem zaznaczył, że musiał to uczynić wobec zupełnego braku pochwy. Chora mało inteligentna, wieku około 20 l., od kilku lat narzeka na bóle brzucha, krzyża, które zjawiają się od kilku lat co miesiąc i trwają po 3—4 dni. Miesiączki nie miała ani razu, pozatem czuła się zupełnie zdrową.

Badanie wykazało zupełny brak pochwy, pęcherz zaś moczowy i cewka leżą tuż przy odbytnicy; przegroda między tymi organami jest b. cienka.

Natomiast przez kiszkę stolcową wyczuwa się wyraźnie powiększoną macicę, wielkością odpowiadającą macicy ciężarnej w 4—5 miesiącu.

Guz ten, t. j. powiększona macica, jest b. bolesny, tudzież wywołuje mocne bóle w czasie chodzenia. Z boków macicy i od tyłu wyczuć się dają z łatwością poskręcane jajowody grubości cienkiej kiszki. Operacja potwierdziła rozpoznanie.

W czasie dość mozolnego odłuszczenia licznych zrostów, zespalających jajowody z tylną powierzchnią macicy i lewą ścianą miednicy, jeden z jajowodów pękł i zawartość jego wylała się do jamy Douglasa. Macicę razem z przydatkami usunięto, przyczem stwierdzono wyraźnie, że poniżej szyi macicy żadnego kanału (szczątkowej pochwy) nie było. Usuwając macicę, przypadkowo lewy moczowód uchwyciono kleszczykami Kochera i przecięto.

Natychmiast po wycięciu macicy zespolono oba końce przeciętego moczowodu, wszczepiając górny odcinek w dolny. Wszczepienie do pęcherza z powodu znacznej odległości górnego odcinka moczowodu było niemożliwe. Wobec wylania się treści pękniętego jajowodu do zatoki Douglasa oraz przecięcia moczowodu, w dolną część rany brzusznej włożono worek Mikulicza.

(Streścił mówca)

Z racyi pokazu Borsuka, Neugebauer poruszył doniosłe znaczenie teoryi Nagela i Veita co do przyczyny zarośnięcia jajowodów, ujścia macicy, pochwy i t. d., mianowicie czy zarośnięcie to jest rzeczywiście skutkiem nabytej sprawy zakaźnej, skłaniając się do zdania Nagela i Veita, którzy twierdzą, że często opisywano przypadki takie, jako wadę rozwojową, podczas gdy chodziło o nabyte uszkodzenie dróg płciowych. W przypadku kolegi Borsuka przekrój szyi macicy ujawnił, że istniał kanał szyi macicy i że był zarośnięty w miejscu ujścia zewnętrznego. Neugebauer jest zdania, że w tym przypadku chodzi nie o wrodzoną wadę, lecz o nabyte zarośnięcie pochodzenia zakaźnego w wieku dziecięcym. Że kolega Borsuk, wobec haematosalpingum dokonał cięcia brzucha, temu Neugebauer nie dziwi się; słusznem było dokonanie laparotomii, lecz czy słusznem było usunięcie jajników, to inne pytanie. Neugebauer byłby przynajmniej jeden jajnik pozostawił.

6. *Neugebauer* wygłosił odczyt: w sprawie zatrzymania łożyska. Przypadek z zejściem śmiertelnem z kazuistyki obcej. Dochodzenie sądowe.

Neugebauer streścił ekspertyzę sądową Thorna z Magdeburga, ogłoszoną w piśmie: *Der Frauenarzt* (1910, zeszyt I str. 11—18) w sprawie dochodzenia sądowego przeciw lekarzowi, którego inny lekarz oskarżył o to, że rodząca zmarła od łożyska uwięzionego z winy tegoż. Oskarżony lekarz odebrał, po daniu czterech prosków „na bóle“, kleszczami nieżywe dziecko u 35 letniej pierwiastki. Po wydobyciu dziecka, aby zapobiedz niedowładowi macicy, wstrzyknął pod skórę ergotynę. Gdy pomimo wytlaczenia sposobem Crédęgo łożysko nie odchodziło, po upływie 2-ch godzin lekarz chciał usunąć łożysko ręcznie, lecz nie udało się wprowadzić do macicy nawet 2-ch palców. Następnego dnia po raz wtóry bezskutecznie próbował

zarówno wyciskania łożyska, jako też i ręcznego wydobycia. Wszelkie usiłowania spełzły na niczem. Ani krwawienia, ani gorączki nie było. Na trzeci dzień lekarz do chorej nie przyszedł, ponieważ mąż ustnie zakomunikował mu, że nic w stanie żony nie zmieniło się, że łożysko jeszcze zatrzymane. Wieczorem lekarz telefonicznie zalecił jeszcze trzy proszki na wywołanie skurczów macicznych. Wieczorem trzeciego dnia akuszerka stwierdziła podniesienie ciepłoty — $38,2^{\circ}\text{C}$. Czwartego dnia zrana akuszerka posłała męża do lekarza, lecz dwukrotnie lekarza w domu nie zastawano. Lekarz zaś, sądząc, że wszystko do dawnemu, sponte do chorej nie przyszedł; dopiero późnym wieczorem dowiedział się o dwukrotnej bytności męża u niego i wtedy chciał udać się do chorej, lecz telefonicznie odpowiedziano mu, aby się nie trudził. Wezwano innego lekarza, który wieczorem czwartego dnia po porodzie stwierdził podniesienie ciepłoty do $39,5^{\circ}\text{C}$., tętno 138, i również daremnie próbował ręcznego wydobycia łożyska. Zaledwie jeden palec wdrażał do jamy macicy; wobec czego skierował chorą do szpitala. Tam piątego dnia rano znaleziono ciepłoty $38,8^{\circ}\text{C}$., tętna 132, znaczne wzdęcie prawej połowy brzucha, ścianę macicy bardzo bolesną na prawej stronie. Ujście macicy drożne zaledwie dla dwóch palców. Nawet w uspieniu chloroformowem nie udało się wchodzić ręką do macicy. W końcu zgniłe zupełnie łożysko wydobyto kulociągami. Po wyjęciu łożyska chwilowa poprawa, atoli po 48 godzinach śmierć. Oględziny zwłok wykazały zapalenie otrzewnej, jako przyczynę śmierci. Stwierdzono równocześnie bliźnę w smudze po dawniej dokonanej owariotomii, zrośnięcie szerokie sieci z bliźną na wysokości pępka, dalej na prawej ścianie macicy mały włókniak oraz bliźnę na powierzchni macicy, pozostałą po wyluszczeniu włóknika macicznego.

Oskarżony lekarz bronił swego wyczekiwania, jako też częstego stosowania sporyszu tem, że już dwukrotnie po takim postępowaniu spostrzegł samoistne wydalenie zatrzymanego łożyska, i tem, że pochodzi ze szkoły Bernarda Schultzego, która pozwala używania sporyszu przed urodzeniem w pionowym położeniu płodu i gdy istnieje pewność, że poród będzie można w każdej chwili ukończyć. W takim właśnie położeniu znajdował się oskarżony, czego dowodzi, że mógł dziecko kleszczami bez trudu wydobyć; upatrując przyczynę leniwie postępującego porodu w słabości bólów porodowych, dawał sporysz przed urodzeniem, aby bóle wywołać; z tej samej przyczyny, obawiając się atonii macicy następczej, dawał sporysz i po wydobyciu dziecka.

O jakichkolwiek objawach niepokojących, gorączce, krwawieniu etc. nie donoszono mu nic.

W słynnym poniekąd przypadku Schultzego pomimo, iż zaraz po urodzeniu się dziecka rodzącą przywieziono do kliniki w Jenie — Schultze jednak wyczekiwał całe 6 dni, a dopiero po upływie tego czasu, przekonawszy się o gniciu łożyska oraz wystąpieniu pewnych oznak posocznicy, zdecydował się na cięcie brzucha z amputacją macicy, czem chorą uratował. Oskarżony — na obronę swoją przytoczył dalej, że skoro czwartego dnia po porodzie dano mu znać, żeby więcej nie przychodził, tym faktem zdjęto zeń wszelką odpowiedzialność za zejście śmiertelne.

Dochodzenia sądowego zaniechano wskutek ekspertyzy Thorna. Rozpatrywano głównie pytanie, czy uwięzienie łożyska było następstwem stosowania sporyszu; oraz czy w powtórnym stosowaniu sporyszu pomimo, iż lekarz przekonał się, że bez operacyjnego rękoczynu łożyska nie wydobędzie, leży błąd, wreszcie, czy niezjawienie się lekarza u chorej trzeciego i czwartego dnia oraz ponowne zalecenie sporyszu drogą telefoniczną było niedbalstwem, przewidzianem przez prawo. Lekarz oskarżający w przemówieniu swoim zaliczył przypadek omawiany do kategorii przypadków zwykłych i codziennie spotykanych w praktyce.

Thorn natomiast w ekspertyzie swojej uważa przypadek za niezwykle i rzadki, wobec czego postępowanie lekarza zasługuje na względy łagodzące; zarzucić mu można jedynie to, że nie zjawił się trzeciego i czwartego dnia—mając na uwadze, że chodziło o przypadek bynajmniej nie pospolity. Oskarżony atoli nie był świadom nadzwyczajności tego przypadku, co poniekąd usprawiedliwia jego postępowanie. Czy rzeczywiście istniał brak bólów porodowych w omawianym przypadku, czy bóle były za słabe, pozostaje to kwestią nierozstrzygniętą.

W każdym razie istniało dosyć przyczyn dla niedostateczności, czyli słabości bólów, wobec wieku pierwiastki, blizny po laparotomii, zrostu sieci ze ścianą brzuszna, włókniaka w prawej ścianie macicy oraz blizny w ścianie macicznej po uprzednim wyłuszczeniu włókniaka śródściennego. Oskarżony lekarz, pochodzący ze szkoły Schultzego, upatrywał w danym przypadku bezwład bólów porodowych i dla tego miał moralne prawo stosowania sporyszu w czasie porodu. Również usprawiedliwić można wstrzyknięcie podskórne ergotyny po wydobyciu dziecka.

Inaczej leży kwestya, czy uwięzienie łożyska nie było właśnie spowodowane nadmiernem stosowaniem sporyszu.

H. W. Freund opisał 7 przypadków uwięzienia łożyska i tylko w jednym sporysz był stosowany; w opisanym wyżej przypadku Schultzego sporysz nie był stosowany wcale, zresztą piśmiennictwo podaje cały szereg podobnych przypadków uwięzienia łożyska bez stosowania sporyszu. Przypomnieć również wypada, że szczególnie starsze pierwiastki tudzież kobiety o znacznem przodozgięciu macicy skłonne są do zatrzymania łożyska. O tężcu septycznym w danym przypadku nie może być mowy, przynajmniej nie w ciągu pierwszych dwóch dni, podczas których lekarz osobiście spostrzegł chorą.

Chociaż więc w danym przypadku związek przyczynowy pomiędzy zatrzymaniem łożyska a podawaniem sporyszu w wielkiej dawce jest prawdopodobny, to bynajmniej nie jest dowiedziony. Być może nawet, że dawanie wielkich dawek sporyszu uratowało chorą od śmiertelnego krwotoku. Pod tym względem więc oskarżenie upada.

Thorn wnioskuje, że wypadałoby zabronić zupełnie dawania sporyszu w czasie porodu dla usunięcia inercji bólów porodowych. Inaczej zapatruje się Thorn na stosowanie sporyszu bezpośrednio przed ukończeniem porodu, aby zapobiedz następcej inercji, tem bardziej, że sporysz działa już po upływie 10 minut. Lecz i wtedy wypada pamiętać, że chociaż dziecku ten sporysz nic nie zaszkodzi, będzie mógł wywołać uwięzienie łożyska. Na-

leży nie przesadzać w wyczekiwaniu. Nie mamy co prawda ustalonych przepisów co do tego, jak długo można wyczekać na wyjście łożyska tam, gdzie niema ani gorączki, ani krwawienia. Istnieje w piśmiennictwie cały szereg przypadków, gdzie łożysko bezkarnie pozostawało w macicy kilka dni a nawet tygodni i w końcu wydzieliło się samoistnie. Pomimo to wypada liczyć się z faktem, że łożysko, długo w macicy pozostające, musi uleść gniciu i może wywołać zakażenie ogólne.

Pomimo, że dziś bronią wyczekującego leczenia przy pozostaniu kawałków łożyska, jednak wyczekiwanie przesadne powinno być uważane za postępowanie naukowo nieuzasadnione.

Thorn wątpi, aby wyczekiwanie w razie zatrzymania cząstek łożyska utrzymało się na długo w praktyce. Wreszcie nie należy zapoznawać różnicy warunków porodu w klinice, gdzie w każdej chwili znajdzie się pomoc, i porodu na wsi, gdzie niema stałej opieki nad chorą. Kliniczne wyczekiwanie Schultzego nie powinno być miarodajne dla lekarza w praktyce wiejskiej.

W dobie obecnej coraz częściej słyszeć się dają narzekania na to, że postępowanie w klinice jest inne, jak w praktyce prywatnej. A jednak zarzut ten nie jest uzasadniony, różnica ta zawsze była i powinna być uwzględniana. Klinika ma być źródłem postępu, oświaty; klinika ma utorować drogę dla nowych zdobyczy nauki, dla nowych prawd! Dla osiągnięcia celu tego niezbędne są nieraz kroki, których praktykowi zalecić nie można.

Przypadki podobne do obecnie rozpatrywanego zawsze będą należały do rzadkich; swoją drogą obowiązkiem kliniki będzie starać się o to, aby praktyk nie zbyt długo trzymał się wyczekiwania, a co najmniej aby przed ukończeniem porodu rodzącej nre opuszczał. Powinno to być obowiązkiem położnika.

Thorn przytacza przykład, aby uzasadnić żądanie swoje. Lekarz dokonał pozornie pomyślnie obrotu wewnętrznego i opuścił rodzącą, licząc na to, że łożysko wyjdzie samoistnie. Opuścił zaś chorą, bo mu spieszyło się do innej chorej. Rodząca zmarła, zanim lekarz powrócił. Sprawa była sądownie rozpatrywana; okazało się, że łożysko wyszło, wyciśnięte sposobem Crédégo przez akuszerkę, lecz nekropsya, w kilka dni po śmierci rodzącej po ekshumacyi dokonana, udowodniła, że chora zmarła wskutek drażącego rozerwania macicy. Chociaż w większości przypadków lekarz nie będzie skazany w takich przypadkach, to jednak samo oskarżenie obniża powagę lekarza w oczach publiki.

Przypadkom takim zapobiedz łatwo można na drodze prawodawczej przepisem prawa, że lekarzowi nie wolno opuścić rodzącej, dopóki poród nie będzie przy nim ukończony. Dla akuszerki taki przepis istnieje od dawna; powinien on istnieć i dla lekarza. Zwykle łożysko po 5—6 silnych skurczach macicy przeciętnie w pół godziny po urodzeniu się dziecka wydalone bywa samoistnie, lub znajduje się wtedy odklejone już w próżni pochwy, co łatwo poznać można po wielkości macicy oraz przy pomocy palca, wprowadzonego do pochwy. Jeśli łożysko leży już w pochwie, to wszelkie wyciskanie sposobem Crédégo nie ma sensu, a nawet zaszkodzić może wskutek spychania szyi macicy ku dołowi do tylnego sklepienia

pochwy, obfitującego w drobnoustroje. Zakaz używania wyciskania Crèdègo dla takich przypadków przez Ahlfelda żądany jest zupełnie słuszny.

Rękoczyn Crèdègo powinien być ograniczony do przypadków, gdzie istnieje ściśle ku temu wskazanie; tam zaś, gdzie łożysko opuściło już jamę maciczną, lepiej zastosować rękoczyn, zalecany już przez Schrödera, ucisk z obu stron na boczne ściany dolnego odcinka macicy, wywartu w kierunku miednicy małej.

Wyczekiwanie bezwzględne może być stosowane w klinice, lecz nie w praktyce prywatnej. Przy zatrzymaniu łożyska większość szkół zaleca nie czekać dłużej nad 2 godziny, chociażby nawet nie było ścisłego wskazania np. — wystąpienia krwotoku. Z drugiej strony zaznaczyć wypada, że nie należy nigdy przystępować w takich przypadkach do ręcznego wydobycia łożyska, zanim nie spróbowano wyciskania w uspieniu sposobem Crèdègo, ma się rozumieć — po uprzednim opróżnieniu pęcherza moczowego. Ręczne wydobycie łożyska do dziś dnia jest najniebezpieczniejszym rękoczynem akuszerskim i niestety zbyt często bywa dokonywane, ponieważ tak zwane łożysko przyrośnięte nie jest bynajmniej tak częstym zjawiskiem, jak się przypuszcza ogólnie. Jeśli po dwugodzinnem wyczekiwaniu łożysko nie odejdzie pomimo próby wydobycia go w uspieniu sposobem Crèdègo, Thorn żąda ręcznego usunięcia łożyska. Po zgoleniu włosów sromu, gruntownej dezynfekcyi zewnętrznych narządów rodnych, po udostępnieniu ujścia macicznego przy pomocy wzierników, i po ściągnięciu warg ku dołowi przy pomocy kleszczyków Museux.

Rękoczyn ma być dokonany w rękawiczkach. Na wszystkie te przygotowania starczy czasu tam, gdzie nie ma krwotoku, a jeśli będzie krwotok, to i w tym przypadku lepiej będzie postępować w sposób podobny, ściągając macicę ku dołowi; za pomocą pincet Museux zaciskamy naczynia krwionośne i tem już zmniejszamy krwawienie lub zupełnie je zatrzymujemy, ręka zaś może wtedy być wprowadzona do macicy bez dotykania się zewnętrznych narządów płciowych. Thorn jest zdania, że postępując w ten sposób nawet w przypadkach skurczu szyi macicy pod narkozą głęboką, szczególnie po uprzednim wstrzyknięciu podskórnem morfiny, uda się rękę do macicy wprowadzić i łożysko w całości wydobyć. Gdy łożysko już oddzieliło się od ściany macicy i powstał skurcz ogólny ścian macicy—wydobycie będzie łatwiejsze; trudniejsze zaś, gdy skurcz będzie częściowy np. dolnego tylko odcinka macicy. Gdy przyłączy się w takim przypadku inercya miejsca usadowienia łożyska—może nastąpić śmiertelny krwotok.

W przypadku takim usunięcie łożyska jest bezwzględnie wskazane; gdy się atoli nie uda, wypada chorą niezwłocznie skierować do kliniki. Gdy zaś lekarz sądzi, że wyczekiwanie jest możebne, to przynajmniej nie powinien opuszczać rodzącej, dopóki łożysko nie odejdzie. Praktyk bardzo zajęty nie będzie w stanie godzinami wyczekiwać przy porodzie, z drugiej strony może zająć potrzeba operacyi, której w domu chorej dokonać nie będzie mógł, lepiej więc uczyni, o ile to będzie możebne, przewożąc chorą do kliniki, gdzie wszelka interwencya będzie bezpieczniejsza.

Schultze amputował macicę 6-go dnia po zatrzymaniu łożyska i to w przypadku łożyska zgniętego w gorączce septycznej. Dziś zaledwie

zdecydowałby się ktoś na cięcie brzuszne w tych warunkach; a wolałby dokonać wyłuszczenia na drodze pochwowej, lub też dokonałby tylko hysterotomiae anterioris, aby łożysko usunąć, oszczędzając macicę. O ile zachodzi potrzeba takiego zabiegu, zawsze bezpieczniej jest chorą skierować do kliniki.

Thorn przychodzi do wniosku: jeżeli po upływie dwóch godzin łożysko nie wyszło, nawet jeżeli niema objawów groźnych krwotoku, gorączki etc. — lekarz powinien w uspieniu starać się wydobyć łożysko sposobem Crédègo, a gdy rękoczyn ten nie doprowadzi do skutku, powinien dokonać wyjęcia ręcznego, w sposób powyżej wskazany, po ściągnięciu macicy ku dołowi przy pomocy kleszczyków Museux. Gdy i ten rękoczyn zawiedzie, należy chorą skierować do kliniki dla dokonania hysterotomiae anterioris. Gdy zaś okaże się to niemożliwym, lekarz powinien zostać przy rodzącej, dopóki przewiezienie chorej nie okaże się możliwym; jeżeli zaś wyjazd do kliniki nie przyjdzie do skutku wskutek oporu chorej, wtedy lekarz wolny będzie od wszelkiej odpowiedzialności.

Po streszczeniu pracy Thorn'a, Neugebauer dodaje wykład krótki, uwzględniający szereg oddzielnych punktów, dotyczących spraw przez Thorn'a poruszanych.

I. Mechanizm odklejania i wydzielania się łożyska (według typu Duncan'a, typu Schultze'go, lub typu mieszanego).

II. Postępowanie w okresie łożyskowym:

a) podług dawnej szkoły francuskiej: „Méthode des tractions retardées“ Puzosa, nauka Pajeta: „tendre et attendre“, Auvarda: „exprimer, tendre et attendre“ oraz „méthode par traction et expression“, które to metody wszystkie do pewnego stopnia pozwalają pociągania za sznurek pępowiny dla ułatwienia usunięcia łożyska, wspólnie z uciskiem od góry wywartym lub bez takowego;

b) podług szkoły irlandzkiej: metoda dublińska Józefa Clarkea z roku 1817;

c) podług sposobów, zalecanych w trzech różnych epokach odmiennie przez Crédègo. W 1853 r. Crédè przed wyciskaniem zalecał czekać pół godziny, w r. 1861 tylko cztery i pół minuty; w roku 1892 znów pół godziny;

d) sposób wyczekujący Ahlfelda, wyczekującego aż półtorej godziny przed interwencją (v. Winckel czekał nawet dwie godziny).

Neugebauer w tem miejscu przytacza szczegóły walki o postępowanie w okresie łożyskowym pomiędzy różnymi położnikami (Dohrn, Schultze, Runge, Freund, Ahlfeld przeciw postępowaniu Crédègo oraz motywy oporu tego), wskazania do sztucznego usunięcia łożyska i przeciwwskazania.

III. Retentio placentae accretae, retentio ex incarceratione, tetanus, trismus, spasmus uteri.

IV. Dzisiejsze pojęcia o działaniu sporyszu, jego istota i skład oraz główne czynniki z uwzględnieniem głównie prac Krysińskiego, Koberta, Labhardta, Vahlana i Benneckego.

Różne odmiany sporyszu, stosowane w praktyce: Pulvis secalis cornuti, extractum aquosum, alcoholicum i t. d.

Dalej N. streszcza historię używania sporyszu dla usunięcia ciąży w celach bądź terapeutycznych, bądź występnych, oraz jako środek wywołujący lub wzmacniający bóle w czasie i po porodzie, wspominając o tem, że w Chinach sporyszu już używano, jako abortivum, tysiąc lat temu; że w Niemczech po raz pierwszy zalecano sporysz w roku 1573 (Lonicerus), następnie dopiero w roku 1751 (Camerarius). W r. 1807 Stearus w New-Yorku zalecał sporysz dla wzmocnienia bólów porodowych, później Ramsbotham dla wywołania porodu przedwczesnego.

Dalej notuje N. skutki otrucia sporyszem, epidemie otrucia sporyszem np. 1813 w Niemczech, 1855 w Anglii oraz epidemię kilka lat temu opisaną na Węgrzech. Dalej w krótkości N. omawia symptomatologię otrucia sporyszem oraz chemiczne środki dla wykrycia źródła otrucia, czyli śladów sporyszu w mące, w chlebie, przy sekcji. Dalej N. wspomina o działaniu sporyszu na ośrodek w mózgu, na ośrodek maciczny w części lędźwiowej rdzenia oraz na ośrodki naczynioruchowe; przytacza dalej przykłady działania sporyszu z praktyki weterynaryjnej: u krowy i kłaczy po silnych dawkach sporyszu widziano często poronienia, w czasie porodu — wynicowanie macicy i prostnicy. Następnie N. przechodzi do kazuistyki używania sporyszu, zaczerpniętej z sądowej medycyny, a głównie z dzieła Lewina i Breuninga.

Zdaniem Friedreicha, wogóle nie posiadamy żadnego środka, któryby można oznaczyć jako pewne abortivum; zaznaczyć tylko można, że ten i ów środek, działając trująco na cały ustrój, wywołać może poronienie.

Pod tym względem pouczające bardzo jest spostrzeżenie, podane przez Ascha. Asch chciał przerwać ciążę trzymiesięczną u kobiety, chorej na zapalenie nerek, lecz obrzęki były tak kolosalne, iż nie było żadnej możliwości dostania się do sromu, aby wprowadzić do pochwy jakikolwiek przyrząd. Nie mogąc wywołać poronienia drogą mechaniczną, Asch zaczął stosować sekakorninę.

Po bezskutecznych nacięciach warg sromowych, oraz bezskutecznem stosowaniu środków moczopędnych etc., przy bialkomoczu 20⁰/₀₀ Essbacha dawał on, nie uważając secale za abortivum, sekakorninę cztery razy dziennie po 20 kropel, a raz jeden 1,5 gr. podskórnie. Skutek był uderzający, lecz nie przez wywołanie poronienia, a przez objaw zupełnie niespodziewany: już po 24 godz. obrzęki znacznie zmniejszyły się. Przed używaniem sekakorniny każda warga sromowa miała wielkość główki noworodka, obecnie obrzęki znikły, można było swobodnie wprowadzić wzierniki, narzędzia etc. do pochwy i wywołać poronienie drogą mechaniczną, o czem nie mogło być mowy poprzednio. Białko spadło na 1¹/₂⁰/₀₀; sprawdziły się zapatrywania Leubego na secale, jako środek swoisty przeciw zapaleniu nerek.

N. przytacza szereg przypadków z kazuistyki medycyny sądowej. Lee opisał przypadek, w którym ciężarna w przeciągu 30 dni zużyła 210 grammów sporyszu i nie poroniła; inni opisywali przypadki, gdzie ciężarna zmarła wskutek otrucia sporyszem, a jednak nie poroniła; inni znów opisują wiele przypadków, gdzie sporysz zawsze płód spędzał.

Lewin i Breuning opisali spostrzeżenie następujące: wieśniaczka nie-

zameźna została zapłodnioną przez swego chlebowawcę. Ten ostatni, aby pozbyć się niepożądaneo potomka, kazał jej wypić odwar, który sam sporządził ze sporyszu. Nastąpiło krwawienie z macicy i poronienie. W taki sam sposób usunął on drugą i trzecią ciążę. Przy czwartej i piątej słuźaca nie zgodziła się na taki proceder i urodziła we właściwym czasie. W szóstej ciąży znów napiła się odwaru swego chlebowawcy i tym razem znów poroniła, tak samo w siódmej i ósmej ciąży, lecz po tem poronieniu zmarła wskutek otrucia sporyszem. Sekcya ujawniła śmiertelne zatrucie sporyszem.

Kończąc na ten temat rzut oka na sprawę działania sporyszu, N. powraca jeszcze raz do kazuistyki zatrzymania łożyska wskutek uwięźnienia, przytaczając cały szereg spostrzeżeń, gdzie łożysko, zatrzymane w macicy, pozostało bezkarnie przez kilka dni, tygodni, a nawet miesięcy; szczególnie po poronieniach jest to zjawiskiem b. częstem, lecz i po porodach donoszonych dzieci bynajmniej nie należy do rzadkości. Tak np. Hegar opisał samoistne wydalenie się łożyska 10-go dnia po porodzie, Freund 13-go dnia, Theward 50-go dnia, Schauta po roku. Tissier widział odejście łożyska samoistne 69 dnia po poronieniu trzymiesięcznem. Neugebauer usunął łożysko donoszoneo dziecka na piąty dzień po porodzie, a raz jeden łożysko po sztucznem poronieniu—5 miesięcy zatrzymane.

Kuntsch opisał zatrzymanie łożyska po poronieniu czteromiesięcznego płodu przez 210 dni. Schuelein w dyskusyi przytoczył przypadek zatrzymania w macicy jaja przez 432 dni. Płód obumarł w czwartym miesiącu ciąży. Ostatni peryod w grudniu 1907 r.; w r. 1908 kilka razy krwawienie. 10 lutego 1909 zatrzymane w macicy jaje samoistnie wyszło. łożysko było zwapniałe.

Peraire opisał przypadek, gdzie lekarz po poronieniu dokonał skrobienia i uważał po dokonaniu skrobienia macicę za opróżnioną. 4-go dnia po wyskrobaniu wyszło samoistnie łożysko. Skrobaczka widocznie ześlizgiwała się z płaskiej powierzchni nieodklejoneo łożyska. O możliwości takiej pomyłki warto pamiętać!

Kazuistyka ta jest również obfita, jak i kazuistyka ujemneo działania zatrzymania łożyska, która wykazuje wielką śmiertelność. Przy niemożności usunięcia łożyska drogą naturalną, pierwszy Schultze w roku 1886 przystąpił do amputacyi macicy sposobem Porro, aby usunąć zgniłe łożysko, i chorą uratował. Propozycyę dokonania operacyi Porro przy placenta accreta, więc nie jak w przypadku Schultzego—incarcerata—zrobił już Clapatowsky, a Budin i Pajet uznali ją za racjonalną. Bürger d. 23. I. 1906 na posiedzeniu Wied. Tow. Akuszeryjno-Ginek. opisał następujący przypadek pochwowego wycięcia macicy z powodu łożyska przyrośnięteo.

U 35 letniej kobiety, u której już po 7-ym porodzie trzeba było łożysko ręcznie z macicy usunąć, przy ósmym porodzie w domu rodzącej dwóch lekarzy daremnie starało się łożysko wydobyć; gdy stan chorej stawał się coraz groźniejszy — przewieziono ją do kliniki; i tutaj daremne były usiłowania wydobycia rozerwanego łożyska, dokonano tedy wycięcia macicy przez pochwę; pacjentka opuściła szpital zdrowa na 16-ty dzień.

W dyskusyi zaznaczył Neumann, że już dawniej w klinice Schauty dokonano wycięcia macicy przez pochwę w jednym przypadku z powodu

groźnego krwotoku przy zaśniadzie groniastym, który głęboko przerastał ścianę macicy, lecz chora na 5-ty dzień zmarła. Lindner w r. 1904 podobnie, jak Schultze, dokonał amputacji macicy sposobem Porro wskutek placenta accretae.

(Streścił mówca).

W dyskusyi nad odczytem Neugebauera — Huzarski podaje przypadek, w którym po 6-ciu tygodniowym zatrzymaniu łożyska wyjął je w zupełnie świeżym stanie.

Thieme w dłuższem przemówieniu mówił o postępowaniu przy zatrzymaniu łożyska w przypadkach prawidłowych oraz w przypadkach placenta accretae.

Cykowski do uwag, przez Thieme'go wypowiedzianych, dodaje, iż stosunkowo dość często powodem niekurczenia się macicy po porodzie w swoim czasie, *resp.* nieodklejania się od niej łożyska, jest zbytne przepelnienie pęcherza moczowego. Zamiast usilnego a przykrego dla chorej masowania w tych razach macicy wystarczy opróżnić pęcherz moczowy, a bardzo często macica natychmiast się skurczy i łożysko odklei się.

Co do poruszonej w dyskusyi sprawy wyczekiwania z wydaleniem łożyska do 2, *resp.* 3 godzin, o ile, oczywiście, chora nie krwawi, Cykowski zaznacza, iż w rzeczywistości wyczekiwanie takie w olbrzymiej większości przypadków, jeśli nie prawie stale, jest zupełnie zbyteczne.

Jak bowiem poucza codzienne doświadczenie, jeśli tylko przez przedwczesne manipulacje nie będziemy przeszkadzali fizyologicznemu przebiegowi trzeciego okresu, najczęściej po 20—30 m. już następują objawy trwałszego skurczu macicy, *resp.* wydalenia się łożyska z dna macicy.

Znajdziemy wówczas górną część macicy mocno skurczoną, dolną przeciwnie — rozkurczoną i miękką; tutaj w dolnym odcinku macicy i częściowo w pochwie znajduje się teraz łożysko; macica zwykle in toto odchyła się teraz dnem w stronę prawego podżebrza, z organów zaś rodnych wpływa nieznaczna struga krwi.

Jeśli teraz ustawimy macicę po środkowej linii ciała, obejmiemy górną część macicy ręką, nieco pomasujemy, i podczas acme skurczu macicę uciśniemy w kierunku ku wyjściu miednicowemu, wraz z jednoczesnem uciskaniem dolnej części macicy palcem wielkim, to prawie zawsze z nadzwyczajną łatwością już odklejone łożysko nazewnątrz wydalimy.

J. Jaworski w rozprawach nad przypadkiem śmierci z powodu zatrzymanego łożyska po porodzie wyraża zdanie, że omawianie postępowania w okresie łożyskowym uważa za zbyteczne, ponieważ jest to rozdział położnictwa wprost klasycznie w podręcznikach opracowany. Natomiast J. zwraca się do przypadku opisanego, który skończył się śmiercią rodzącej, a procesem karnym dla lekarza ją obsługującego. Rozprawy w sądzie i w towarzystwie naukowem — to rzeczy różne. Mówca wobec sądu podzieliłby, zapewne, zdanie rzeczoznawców magdeburskich; w rozprawach akademickich nie może jednak uznać, aby postępowanie lecznicze w omawianym przypadku zarówno ze stanowiska naukowego, jak i praktycznego — było rozważne i racjonalne. Kolega ten już podczas porodu podał 4 proszki

sporyszu, a po porodzie w obawie, jak mówi, „mogącego nastąpić“ krwotoku—wstrzyknął ergotynę. Innemi słowy wywołał on sztuczne, drogą toksyczną, wskutek nadmiaru podania preparatów sporyszu, skurcze macicy, właściwiej—zwięźenie spastyczne ujścia wewnętrznego, które zamknęło łożysko w jamie macicy.

Poza tem, jak z opisu widać, nie rozpoznał, czy nie liczył się z tem, że rodząca miała włóknakiomięśniak macicy, a tem samem istniała podstawa anatomiczna do miejscowego niedowładu mięśnia, resp. t. z. paraliżu łożyska, ze wszystkimi jego następstwami. Następnie, zaniedbanie usunięcia ręcznie — uwięzionego łożyska na tej podstawie, że opisano parę przypadków długiego zatrzymania łożyska bez złych następstw, zdaniem J. nie może i nie powinno być zasadą do naśladownictwa.

Postępowanie lecznicze zwykło się opierać nie na przypadkach nadzwyczajnych, nie na kuriozach, lecz na spostrzeganiu tego, co życie zwykłe, ciągle, bez przerwy przynosi i ujawnia. Nawet nim lekarze wyrobili metody dla postępowania racjonalnego w okresie łożyskowym, aby uchronić rodzącą od chorób lub śmierci, lud drogą empiryi sam sobie postępowanie stworzył. Dziś jest wiadome, że t. z. sposób Crédègo, podany przezeń w r. 1861 czy 64, od wieków stosowany był przez górali w Szkocyi.

Przypadek magdeburgski, kończy J., jest interesujący z tego względu, że przedstawia z punktu widzenia medycyny sądowej t. z. Kunstfehler, a tem samem poucza, jak nie trzeba postępować, aby łożysko w macicy zostało zatrzymane, powtórnie—aby przez zbyt długie, nie dające się usprawiedliwić oczekiwanie nie spowodowało choroby, a nawet, jak w tym razie, śmierci.

L. LORENTOWICZ.

Posiedzenie 23 marca 1910 r.

1. *Stankiewicz Czesław* przedstawił przypadek włókników macicy, powikłany ciążą. W rozprawach, jakie wyłoniły się po przedstawieniu Stankiewicza na temat trudności zajścia w ciążę w tyłozgięciu nieruchomem macicy, Neugebauer podnosi potęgę wszystkiego, co żyje w przyrodzie, do zwalczania spotykanych na drodze przeszkód do dalszego rozwoju i rozmnażania się.

Na cmentarzu w Hanowerze jakiś pęd, rwąc się ku słońcu, przebił ćwierćmetrową płytę grobową i zwycięzko rósł dalej nad jej powierzchnią.

Podobne zjawisko spostrzegamy i w przystosowaniu się macicy do spełniania właściwych jej czynności mimo przeszkody, jakie jej stawia nieprawidłowe położenie lub tyłozgięcie macicy. Do trzeciego miesiąca ciąży możliwe jest nawet powtórne zapłodnienie, jak uczy przypadek Neugebauera jednoczesnej ciąży wewnątrz i pozamacicznej.

Stankiewicz zaznacza, że nie twierdził bynajmniej, aby zajście w ciążę w tyłozgięciu macicy nieruchomem było niemożliwe, lecz naogół występuje ono bardzo rzadko.

2. *Jakowski Józef* przedstawił guz wielkości głowy dziecka, usunięty drogą cięcia brzuszno-groźnego dziewczycy 28 letniej. Chora zaczęła miesiączkować w 18-ym roku życia. Typ peryodu — co 3 tyg. od 7 do 12 dni, obfity, bole-

sny. Od roku miesiączkowanie uległo zmianie. Peryody zjawiały się co 4 tygodnie, trwały nie dłużej nad 4 dni, były mniej obfite i mniej bolesne. Jednocześnie chora zauważyła w brzuchu jakiś guz łatwo przesuwalny, który stale, acz powoli, powiększał się.

Guz ten, usunięty drogą cięcia brzuszno, przedstawia wielokomorową torbiel jajnika, posiadającą na pograniczu większą torbielą a kilku mniejszymi włókniak, wielkości orzecha włoskiego, pochodzący prawdopodobnie z resztek mięszu jajnika. Badanie drobnowidzowe, dokonane przez drów Paszkiewicza i Dmochowskiego, wykazało, że włókniak jest bardzo słabo unaczyniony, zawiera dużo jąder, natomiast mało istoty międzykomórkowej. Torbiele zawierały płyn żółtawy, przezroczysty. Ściany większej torbieli wewnątrz były gładkie, w jednej zaś z mniejszych — były usiane licznymi tworami brodawkowatymi.

(Streścił mówca).

3. *Szybowski* odczytał referat pod tytułem: Zapalenie miedniczki nerkowej w przebiegu ciąży.

Po krótkim wstępie historycznym, referent omawia obszernie przyczyny powstawania tego cierpienia, dochodząc do wniosku, że główną rolę odgrywa ucisk, wywierany przez macicę ciężarną na moczowód, dzięki czemu powstają warunki, sprzyjające rozwojowi w drogach moczowych drobnoustrojów.

Następnie referent omawia przebieg choroby, rozpoznawanie i rokowanie, które w omawianem cierpieniu wypada na ogół pomyślnie dla matki, niepomyślnie zaś dla płodu. Co się tyczy leczenia, referent zwraca uwagę, że przerywanie ciąży w celu leczniczym w przypadkach zapalenia miedniczki nerkowej w ostatnich czasach znalazło wielu przeciwników. Starania zwrócone być winny w kierunku usunięcia ucisku na moczowód oraz ułatwienia odpływu moczu; należy jednak pamiętać, że pomimo wyleczenia mocz dłuższy czas zawierać może drobnoustroje. W razie zejścia zapalenia miedniczki nerkowej w ropienie—pozostaje jedynie zabieg operacyjny.

(Streścił mówca).

W rozprawach Leyzerowicz podnosi, że kol. *Szybowski* przytacza liczby, podane przez rozmaitych autorów, mające wrzekomo przemawiać na korzyść tego, iż zapalenie miedniczek przeważa u wieloródek. Liczby te wszelako są zbyt małe, aby na ich zasadzie można było czynić wniosek tak ogólny. Tylko bowiem bardzo duży materiał statystyczny może i powinien służyć za podstawę do wszelkich uogólnień naukowych. Owóż Albeck w przeciwieństwie do tego, co zostało wypowiedziane, z pośród 7684 rodzących znalazł w 450 przypadkach zapalenie miedniczek nerkowych, co czyni 5,86%, przyczem dotkniętymi tem cierpieniem okazały się w przeważającej liczbie pierwiastki.

Gabszewicz zapytuje, jakiej natury jest to cierpienie nerkowe, czy nie jest ono pochodzenia gruźliczego; nie sądzi bowiem, aby samo ucisnięcie moczowodu bez zmian poważniejszych mogło wywołać zapalenie miedniczki nerkowej.

Monsiorski na dowód, że położenie ciała może wpływać na wydzie-

lanie się białka z moczem, przytacza przypadek cierpienia nerek u pewnej chorej, operowanej w Savonie na Rivierze włoskiej z 6⁰/₀₀ białka, które nie zniknęło mimo bardzo energicznego leczenia. Ponieważ u zwierząt nie spotyka się białkomoczu, kazano chorej położyć się na brzuch — i białko wkrótce znikło, w położeniu zaś na wznak białko wracało stale.

Grzankowski opowiedział przebieg ciężkiego zapalenia miedniczek nerkowych w połogu, zakończony wycięciem nerki z wyzdrowieniem; — i opisał kilka przypadków, w których ta choroba była źródłem zakażenia połogowego.

I. M., pierwiastka, w 3-m miesiący ciąży miewała bóle, jakoby maciczne, i niakiedy stan podgorączkowy; od 4-go m. ciąży, jak okazało się z zeznań późniejszych, miewała bóle w prawym podżebrzu. G. widział ją po raz pierwszy w 5-ym m. ciąży z powodu bólów, które wydawały się macicznymi, i obaw o poronienie, które minęły po leżeniu i zażywaniu opium. Bóle te ponawiały się w 7-ym m. ciąży i ustępowały po leżeniu i po opium. W 8-ym i 9-ym miesiącu ciąży M. była na wsi, przyjechała na poradę do Warszawy. W czasie nieobecności G. zostawała podczas porodu w ciągu z pierwszych tygodni pod opieką jednego z kolegów, któremu wyjeżdżając oddał chorą pod opiekę G.

Poród trwał dobę, zakończył się urodzeniem żywego dziecka z pomocą wytlaczania; małe pęknięcie krocza było zeszyte doraźnie.

W pierwszym tygodniu po porodzie zaczął się stan gorączkowy (do 38.6⁰); 6-go dnia usunięto szwy na kroczu, które było zrosnięte z wyjątkiem jednego szwu na wędzidełku. 9-go dnia odeszły małe resztki błon. 12-go dnia, wobec trwającej gorączki, zbadano wziernikami pochwę i szyję maciczną, nie znaleziono nalotów; takim badaniem rozdarto zeszytą ranę. 14-go dnia zbadano jamę macicy palcem i nie znaleziono w niej resztek błon, ani łożyska. Chora gorączkowała jeszcze 5 tyg. t. j. 7 tygodni po porodzie. Ciepłota o typie ropnicowym spadała rano do 36⁰ i po dreszczu podnosiła się wieczorem do 40⁰ z następczymi potami.

Badanie narządów rodnych ponawiano kilkakrotnie, nie wykrywszy żadnych zmian chorobowych. Natomiast już w 2-gim tygodniu po porodzie, kiedy macica zwinęła się i opuściła się do małej miednicy — spostrzeżono guz bolesny w okolicy prawej nerki.

Kilkakrotne badanie moczu zawsze wykrywało odczyn kwaśny, białko w ilości 0,2⁰/₀₀, dość liczne ciała ropne, mniej liczne krążki krwi, niekiedy komórki wrzecionowate, wałki szkliste.

Szczepienie moczu świnkom morskim, dla wyłączenia gruźlicy, dało wynik ujemny.

Badanie kilkakrotnie krwi nie wykryło w niej żadnych ropnych drobnoustrojów.

Na zasadzie tych danych zdecydowano na licznych naradach, że źródłem choroby jest sprawa w nerce, względnie miedniczce nerkowej prawej, i że należy chorą nerkę usunąć.

Badanie cystoskopowe, dokonane przed operacją przez kol. Groslika, wykazało obecność 2-ch ujść moczowodowych i niedrożność prawego moczowodu, co potwierdziło konieczność operacji.

Operacja dokonana była przez kol. Karczewskiego.

Wyjęto nerkę znacznie powiększoną z rozdętą miedniczką i wycięto moczowód na znacznej przestrzeni. Po przecięciu guzowatej nerki wylał się z rozszerzonej miedniczki płyn surowiczy, nie ropny. Jam ropnych w nerce nie znaleziono. Stwierdzono niedrożność moczowodu, którą rozpoznano poprzednio podczas cystoskopowania.

Badanie anatomopatologiczne nerki, dokonane przez kol. Zielińską, dało wyniki następujące.

Nerka na przekroju przedstawia cokolwiek zatarty rysunek tkanki z małymi niewyraźnie ograniczonymi punkcikami, lub niedużymi wylewami krwawymi. Pod mikroskopem miąższ nerki jest usiany ogniskami drobnokomórkowego nacieczenia. Ropnie bardzo małe znajdują się zaledwie w paru miejscach i mikroskopowo przedstawiają się jako punkciki. Wogóle tkanka nerki jest mało zmieniona.

Przebieg choroby po operacji przedstawiał rażący kontrast ze stanem dotychczasowym. Najwyższa ciepłota w 1-yim tygodniu po operacji sięgała 38°, bez dreszczów i potów. Te małe wahania ciepłoty są zrozumiałe wobec sączkowania rany.

W 2-im tygodniu po operacji ciepłota opadła do stanu prawidłowego, a w końcu 3-go tygodnia — chora opuściła zakład i wróciła do domu, gdzie były jeszcze czas jakiś robione opatrunki. W opisanym przypadku są braki kliniczne, jakie nieraz zdarzają się w przypadkach z praktyki prywatnej; brak dokładnych danych o początku choroby z bólami w prawem podżebrzu, brak badania moczu w ciąży.

Rozpoznanie zapalenia miedniczek nerkowych, które, jak G. przypuszcza, było w ciąży, a wystąpiło w całej pełni dopiero w położu, G. opiera na następujących danych. Badanie narządów rodnych wielokrotnie powtarzane, bardzo dokładne, nie wykazało żadnych zmian chorobowych, jak również badania krwi nie wykryły drobnoustrojów ropnych. Guz prawej nerki, spostrzeżony w końcu 2-go tygodnia po porodzie, nie powiększał się prawie wcale w ciągu następnych 5-ciu tygodni, pomimo niedrożności prawego moczowodu. Niedrożność prawego moczowodu świadczy o tem, że choroba jest dawniejszego pochodzenia.

Stała ilość dobową moczu, wydzielanego przez pęcherz, mierzona przez cały czas choroby i wynosząca 1200—1500 cnt. bez większych wahań, w związku ze stałą objętością guza prawej nerki, niedrożnością prawego moczowodu—przemawia również na korzyść dawniejszego istnienia choroby.

Badanie anatomopatologiczne wyciętej nerki, stwierdzające rozsiane ogniska nacieczenia drobnokomórkowego i zaledwie w paru miejscach punkcikowate ropnie, wobec mało zmienionej tkanki nerkowej i braku czysto ropnej zawartości w rozszerzonej miedniczce — każe przypuszczać, że mamy tutaj sprawę, powstałą wskutek zapalenia miedniczki nerkowej i niedrożności moczowodu, a nie sprawę przerzutową.

Przypuszczenie istnienia gorączki położowej, które zawsze nasuwa się na myśl wobec gorączki w położu, było tutaj stopniowo wykluczone podczas przebiegu choroby i może być wyłączone na zasadzie danych po operacji,

Gdyby zmiany w nerce były pochodzenia przerzutowego, a źródło gorączki 7-tygodniowej o tak ciężkim przebiegu — było w narządach rodnych, to musiałyby istnieć ogniska pierwotne w przymaciaczu a nawet w macicy lub w jajnikach. Trudno przypuścić, żeby takie ogniska wobec tak długiego trwania choroby nie ujawniły się jakimś objawem lub nie powiększyły się o tyle, żeby były spostrzeżone w wielokrotnych i dokładnych badaniach. Gdyby jednak nie były spostrzeżone, a istniały jako ogniska mikroskopowe, to wycięcie nerki nie byłoby radykalnem usunięciem ogniska choroby i wszelkich jej objawów, czem było w rzeczywistości.

Przypadek ten G. opisał dość szczegółowo, jako bardzo rzadki, a bardzo zawily i dosadnie malujący znaczenie zapalenia miedniczki nerkowej w ciąży i w połogu.

Zapalenie miedniczki nerkowej w ciąży stanowi dość ciężkie powikłanie nie tylko dla tego, że samo cierpienie pogarsza się wskutek ucisku macicy ciężarnej, ale także i wskutek powstania ogniska zakaźnego w sąsiedztwie narządów rodnych i obawy o zakażenie podczas porodu lub w połogu.

Zapalenie miedniczki nerkowej, przebiegające pod postacią ropnicy o słabem lub silniejszym natężeniu, bywa wywołane przez te same drobno-ustroje, które powodują gorączkę połogową.

Jeżeli obecnie jest podnoszona sprawa zakażenia połogowego przez pośrednictwo krwi w zapaleniu włóknikowym płuc, lub w zapaleniu paciorkowcowem migdałów (Rosthorn, Kleinhans), to tembardziej jest usprawiedliwione przypuszczenie zakażenia połogowego w zapaleniu miedniczki nerkowej czy to drogą krwi, czy też drogą bezpośredniego przedostawania się zakażonego moczu na rany połogowe krocza lub szyi macicznej.

Przedstawić dowody niezbite takiego zakażenia jest rzeczą bardzo trudną, bo jest rzeczą niemożliwą wyłączyć zakażenie w połogu pomimo wszelkich ostrożności, a nasze opisy, szczególnie przypadków z praktyki prywatnej, posiadają zawsze pewne braki kliniczne, tem liczniejsze w tym razie, że na zależność tych dwóch chorób zwracamy uwagę dopiero od niedawna.

Zaznaczywszy to, G. przytoczył kilka przypadków z praktyki prywatnej, spostrzeżonych w ciągu ostatnich 2-eh lat.

II. B. pierwiastka była u G. w 9-yim miesiącu ciąży i wówczas G. znalazł zapalenie miedniczek nerkowych. Urodziła po 4-eh dobach bólów porodowych żywe dziecko przy pomocy wytlączania, które G. zastosował, będąc wezwany do porodu dopiero na $\frac{1}{2}$ godziny przed rozwiązaniem. Pęknięcie krocza zeszyto doraźnie. Chora po porodzie gorączkowała; w kilka dni potem zauważono nalot na wargach małych i w wejściu do pochwy, usunięto szwy i ranę wysmarowano jodyną. Gorączka, dreszcze i poty ponawiły się w dalszym ciągu.

W 2-gim tygodniu choroby zjawiała się ropa w moczu w znacznej obfitości, w postaci gęstego osadu, i inne objawy zapalenia miedniczek. W moczu, wypuszczonym przez cewnik, wykryto paciorkowce, w krwi ich nie znaleziono.

W 3-cim tygodniu wystąpił zakrzep żylny najprzód w jednej nodze,

a potem w drugiej. Chora gorączkowała 2 miesiące, a w 4 miesiące wyzdrowiała.

W tym przypadku źródło gorączki połogowej upatruje G. w zapaleniu miedniczek nerkowych.

III. K. pierwiastka, zwracała się do G. w 4-ym miesiącu ciąży z powodu bólów i gorączki. Przebyła zapalenie miedniczek nerkowych w silnym stopniu jeszcze przed zajściem w ciążę. Obecnie obostrzenie choroby ustąpiło wkrótce po leczeniu, po odpowiednim pożywieniu, urotropinie. — Poród odbył się w jednym z zakładów położniczych pod specjalną opieką lekarską. G. widział chorą dopiero w 2 tygodnie po porodzie, wezwany na naradę z powodu gorączki połogowej, która wkrótce zakończyła się śmiercią. Aczkolwiek mało jest danych do twierdzenia, że źródło gorączki połogowej leżało w zapaleniu miedniczek, G. jednak robi to przypuszczenie, mając na uwadze umiejętną i troskliwą opiekę, jaką miała chora w zakładzie.

IV. W. wieloródka, została przysłana do G. przez kol. specjalistę chorób wewnętrznych z licznymi analizami moczu i z radą, aby G. zrobił sztuczne poronienie w 2-gim miesiącu ciąży wobec przebytego zapalenia miedniczek nerkowych po ostatnim porodzie. Ponieważ chora niechętnie zgadzała się na ten zabieg, a wówczas istniały zaledwie ślady po przebytem cierpieniu, które jednak ulegały obostrzeniom, G. poprzestał na zaleceniu odpowiedniego pożywienia, kąpieli, wody alkalicznej, urotropiny. Co kilka tygodni były robione badania moczu, kontrolujące stan miedniczek nerkowych, i przy higienicznym życiu, nie nastąpiło znaczniejsze obostrzenie choroby przez cały czas ciąży.

Podczas porodu liczono się stale z ogniskiem zakaźnym, które G. upatrywał w miedniczkach nerkowych, a więc i w moczu.

Rodząca nie była badana, pochwa nie była przepłukiwana, pęcherz nie był cewnikowany.

Przed oddawaniem moczu podczas porodu i w położu ujście pochwy było przykrywane kawałkiem waty wyjałowionej, aby utrudnić przesączenie się moczu do pochwy. Poród odbył się prawidłowo i przebieg położu był zupełnie pomyślny. W położu chora dłuższy czas pozostawała na pożywieniu mlecznym, stale zażywała urotropinę, leżała 2¹/₂ tygodnia. Badanie moczu po 6 tyg. po porodzie wykryło istnienie zapalenia miedniczek w stopniu nieco wyższym, niż poprzednio, żadnego jednak zakażenia nie było.

Ten ostatni przypadek niewątpliwego zapalenia miedniczek wobec prawidłowej ciąży, porodu i położu G. przytacza jako dowód, że można uniknąć obostrzenia choroby i zakażenia w położu; dla tego trzeba w samym początku ciąży wiedzieć o istnieniu zapalenia miedniczek nerkowych, przebiegającego nieraz dość skrycie, i leczyć ciężarną, robiąc sprawdzające badania moczu. Podczas porodu i położu należy zachować te ostrożności, jakie stosujemy wówczas, gdy mamy rodzącą wśród ognisk zakaźnych; i także stale leczyć samo zapalenie miedniczek.

Przyznać należy, że tak, jak wszędzie w sprawach chorobowych, tak i tutaj przebieg mniej lub więcej pomyślny może zależeć w znacznym stop-

niu od natężenia choroby, względnie — złośliwości drobnoustrojów, wywołujących ją.

C. Stankiewicz zaznacza, że pierwszy przypadek kol. Grankowskiego jest mu znany i zdaniem S. zaliczyć go należy do przypadków zapaleń miedniczki i miąższu nerkowego, wywołanych zabiegami operacyjnymi. O ile S. wiadomo, w omawianym przypadku cała nerka usiana była drobnymi ogniskami ropnemi, był to więc „ren chirurgorum“.

Miedniczka drugiej nerki u tejże chorej jest również zajęta sprawą zapalną i z tego powodu S. po naradzie z kilkoma kolegami wywołał u pacjentki sztuczne poronienie w II m. ciąży.

Leyzerowicz. Albeck zauważył, iż wówczas, gdy przed porodem stwierdza się zwykle pyuria, przebiegająca z gorączką lub bez, po porodzie przechodzi ona wolno w bakteryurię, która trwać może bardzo długo, nawet lata, co dowodzi nasilenia sprawy zakaźnej w drogach moczowych.

Grankowski w odpowiedzi Stankiewiczowi wyraża powątpiewanie, czy w pierwszym przypadku zabieg położniczy mógł być powodem cierpienia nerkowego. Sądzi raczej, że cierpienie to już być musiało w ciąży, na co wskazują dolegliwości w okolicy nerek, na które chora skarżyła się w pierwszych miesiącach ciąży.

Gabszewiczowi Szybowski odpowiada, że, aczkolwiek niektórzy autorowie znajdowali w moczu laseczniki gruźlicze, jednakże znaczna większość autorów jest zdania, że najczęściej powodem zapalenia miedniczki nerkowej w przebiegu ciąży bywa lasecznik okrężnicy.

Kol. Leyzerowiczowi: na zasadzie piśmiennictwa dochodzi się do wniosku, że, bądź co bądź, częściej zapadają wieloródki, jednakże liczba spostrzeżeń jest jeszcze zbyt mała, by można wypowiedać zupełnie pewne poglądy.

L. LORENTOWICZ.

Posiedzenie dnia 29 kwietnia 1910 r.

1. *Borsuk* przedstawił chorą, której przed kilkoma tygodniami wyciął macicę z przydatkami z powodu krwiaka macicznego, oraz obustronnego krwiaka jajowodowego; stało się to wskutek wrodzonego braku pochwy, o czym chora wcale do ostatnich czasów nie wiedziała, nie odczuwając żadnych dolegliwości. Zaledwie od kilku miesięcy wystąpiły co miesiąc bóle w dolnej części brzucha. Chora wyczuła guz w postaci powiększonej ciężarnej macicy. Podczas zabiegu operacyjnego, oddzielając lewy rozszerzony jajowód, przypadkowo uchwycono i przecięto lewy moczowód na wysokości więzów lejkowomiedniczego, a zatem w odległości 10—15 centymetrów od pęcherza mocz. Wobec tego niemożliwe było wszycie do pęcherza górnego odcinka przeciętego moczowodu i wypadło tenże zeszyć. Zeszyto sposobem Gubaroffa: dolny odcinek w przedniej części nacięto, za pomocą podwójnej podwiązki, założonej na tylną część górnego odcinka, wciągnięto tenże w dolny rozszerzony dzięki nacięciu odcinek.

Miejsce wgłobienia górnego odcinka w dolny obszyto sposobem Lembertha i pokryto otrzewną. W dolny kąt rany brzusznej włożono worek Mikulicza, sącdek gumowy i parę pasków gazy. W ciągu pierwszych 10 dni po zabiegu nie było powikłań; mocz czysty był w ilości około 1000 sz. cent.

na dobę. 7-go dnia usunięto z brzucha gazę, pozostawiając sączek. 12-go dnia przez ranę brzuszną zaczął wyciekać mocz; po upływie kilku dni ilość moczu, wydzielanego przez pęcherz, wynosiła około 600 cnt. sześć. Po upływie 2 tygodni naraz mocz przestał wyciekać przez przetokę brzuszną, natomiast ilość moczu, wydzielanego przez pęcherz, dosięgła 1200 cnt. sześć. na dobę. Wkrótce potem przetoka na brzuchu zagoiła się i pacjentka wypisała się ze szpitala zupełnie zdrowa.

B. dodaje, że istnieje kilka sposobów zeszywania moczowodu. Najdawniejszy sposób Poggiego również polega na wszyciu górnego odcinka w dolny. Inne sposoby, jako to: zeszywanie okrężne Pawlika lub Borego, tak zwana „uretero-ureterooanastomosis“ Monari, z powodu małych rozmiarów moczowodu mogą być stosowane w przypadkach wyjątkowych.

Zdaniem Borsuka, najlepszy jest sposób Van-Hooka, a mianowicie: dolny odcinek moczowodu podwiązuje się, poniżej podwiązki robi się nacięcie w przedniej ścianie i przez ten otwór wciąga się górny odcinek za pomocą odpowiednio nałożonej podwiązki.

(Streścił mówca).

2. *Jaworski Józef* przedstawił kobietę 36 letnią z przepukliną brzuszną, zawierającą macicę ciężarną. N. E. urodziła 5 razy: 1 poród kleszczowy; 3 następne bez pomocy lekarskiej; 5-ty poród z powodu 11 miesięcznej ciąży i nieżywego płodu zakończony cięciem cesarskim przed 4-ma laty. Po zabiegu tym N. E. leżała w klinice 9 miesięcy, a potem jeszcze rana goiła się parę miesięcy. Obecnie jest 6-ty raz w ciąży; ciąża trwa 5 miesięcy. Na linii środkowej, pod pępkiem, wypuklający się silnie duży guz. (Ryc. 1 i 2). Kształt jego i spoistość nie przedstawiają wątpliwości, że jest to macica ciężarna. Leży ona właściwie w worku, wytworzonym tylko przez skórę brzucha, mięśnie proste brzucha wytworzyły bowiem rozstęp, przez który, jak przez wrota przepuklinowe, występuje ciężarna macica, zwieszając się niejako po przez spojenie łonowe ku przodowi i nieco na dół; tym sposobem dno jej znajduje się o wiele niżej, niż jej szyja. Przez pochwę stwierdza się bardzo znaczne wydłużenie jej, a część pochwowa nawet dwoma palcami jest prawie niedosięgalna. Macica dosyć często, szczególnie przy próbach odprowadzenia, popada w skurcze, które są bolesne.

Tak duża przepuklina brzuszna, zawierająca macicę ciężarną, oprócz nadzwyczaj rzadkich samoistnie powstałych (np. przypadek prof. A. Rosnera), powstaje w przypadku miednicy ścieśnionej, która stanowi przeszkodę do wstawiania się części przodującej i zniewala macicę do odchylenia ku górze i ku przodowi. Gdy obok tego istnieje mała pojemność jamy brzusznej wskutek niedużego wzrostu kobiety, lub np. garbu, powstają duże stopnie przodopochylenia — zgięcia i t. z. brzucha obwisłego. W przypadku przedstawionym przepuklina uwarunkowana jest dużym rozstępem mięśni prostych brzucha i ich zanikiem wskutek sprawy zapalnej pooperacyjnej. J. uważa, że poród w przypadku przedstawionym ukończony być może tylko przez cięcie cesarskie.

(Streścił mówca).

3. *Bacciarelli* przedstawił:

1) Włókniak szyi macicy wielkości główki noworodka. Chora przybyła biała wskutek 6-tygodniowego znacznego krwawienia, prócz tego gorączkowała do 38,08 C. Wobec powyższego stanu chorej wykonano tylko wyłuszczenie przez pochwę. Pomimo to, że guz był zrośnięty ze ścianą szyi



Ryc. 1 (do przem. J. Jaworskiego).



Ryc. 2 (do przem. J. Jaworskiego).

na przestrzeni $\frac{2}{3}$ swego obwodu, a ściany szyi bardzo rozciągnięte, operacja udała się i chora wyzdrowiała.

2) Kobieta, która przyszła do oddziału z tego powodu, że pomimo lat 31 jeszcze nie miesiączkowała. Srom jej rozwinięty prawidłowo, pochwa wązka, długości 4 cm., kończy się ślepo; macicy i przydatków niema. Spółkowanie bywało. Gruczoły piersiowe rozwinięte prawidłowo.

3) Karlicę M. P., lat 23, u której przed 4-ma tygodniami wykonał cięcie cesarskie: matka i dziecko zdrowe.

Ma ona wysokości 103 ctm. W 6-ym roku życia dopiero zjawiły się pierwsze zęby, w 16-ym roku zaczęła chodzić tylko na przednich częściach stóp, jak baletnica. Część lędźwiowa kręgosłupa skrzywiona ku przodowi i na prawo. Wzgórek kości krzyżowej tak wystaje ku przodowi, że przepuszcza tylko dwa palce. Sprzężna przekątna = 6 ctm. Odległość koleców biodrowych = 22 ctm. Odległość grzebieni = 19 ctm. Sprzężna zewnętrzna = 12 ctm. Odległość guzów kulszowych = 6 ctm. Uda pałakowato wygięte ku przodowi, a golenie na zewnątrz.

Dziecko ważyło 8 funtów, długości 45 ctm. Obwód główki = 34 ctm. Obwód barków = 33 ctm. Obwód miednicy = 26 ctm. Paznokcie prawie dochodzą do końców palców. Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

(Streścił mówca).

4. *Grzankowski* pokazał guz, wycięty z wargi sromnej W., którą przedstawiał na posiedzeniu d. 25 lutego r. b.

Badanie drobnowidzowe stwierdziło, że guz jest tłuszczakiem.

(Streścił mówca).

5. *Z. Endelman* przedstawił niezwykle okaz ciąży jajowodowej, zdobyty na drodze cięcia brzuszego.

28-letnia pacjentka zgłosiła się w końcu października 1909 r. z powodu bólów w lewym podbrzuszu i uporczywych krwawień macicznych. Jest zamężna od 9-ciu lat. Przed 7-iu laty urodziła na czasie; okres połogowy przebiegał prawidłowo. W ostatnich czasach miesiączkowała w 3-tygodniowych odstępach czasu 5 dni dość obficie. Ostatnia miesiączka — 10 października 1909 r. Po 9-tygodniowym zatrzymaniu się miesiączki chora dostała krwotoku oraz bardzo silnego bólu w lewym podbrzuszu, przyczem z pochwy wyszedł skrzep wielkości jaja kurzego. Od tego czasu, t. j. od 3-ch tygodni, krwawi bez przerwy; bóle brzucha również nie ustępują.

E. znalazł macicę nieco powiększoną, w tyłopochyleniu; na stronie lewej wyczuwał guz wielkości mandarynki, zupełnie ruchomy, o powierzchni nierównej i spoistości miękkiej. Prawe przydatki prawidłowe. Po dwóch tygodniach trwania krwawienia i bólów E. zdecydował się na otwarcie jamy brzusznej. Guz przedstawiał znacznie rozszerzony jajowód; w górnej jego ścianie w odległości 2 ctm. od ujścia znajdował się otwór o średnicy $1\frac{1}{2}$ ctm.; w otworze tym zarówno jak i w ujściu brzuszmem sterczało jaje płodowe w stanie zaśniadu krwawego. W jamie brzusznej nie było ani kropli krwi. Miało się więc do czynienia z pęknięciem jajowodu ciężarnego bez krwotoku wewnętrznego. W całym dostępnym piśmiennictwie E. nie znalazł podobnego przypadku.

Co się tyczy operacji, to jajowód został usunięty w całości; odcinek maciczny wycięto klinowato z rogu macicy. Przebieg pooperacyjny — bezgorączkowy.

(Streścił mówca).

6. *Wł. Janczewski* przedstawił okaz wyciętej macicy, wypadłej podczas porodu i następnie uległej zgorzeli.

A. S. lat 28, skierowana do przytułku № 1 przez kol. Krassowskiego z Garwolina, przybyła 16 kwietnia o godz. 9 $\frac{1}{2}$ r. Kol. K., wezwany tegoż dnia o godz. 6 rano, zastał chorą w stanie wybitnej niedokrwistości z macicą wynicowaną całkowicie, i po nałożeniu opatrunku kazał odwieźć ją do Warszawy.

Chora, rodząca po raz drugi, dostała bólów porodowych przed 4-ma dniami; wody odeszły zaraz pierwszego dnia, rozwiązanie zaś nastąpiło 4-go dnia wieczorem, płód urodził się w położeniu pośladkowym, nieżywy. Ponieważ łożysko długo nie odchodziło, akuszerka zaczęła je odklejać ręcznie i, pociągając jednocześnie za pępowinę, wynicowała macicę. W tej chwili chora uczuła silny ból w brzuchu. Krwawienia większego, według słów chorej, nie było. Pierwszy poród był przed rokiem, trwał dwie doby, dziecko urodziło się żywe.

Chora w stanie znacznej niedokrwistości. Tętno 128, ciepłota 37,06 C. Między udami znajduje się macica wynicowana w postaci guza wielkości główki noworodka, barwy ciemnoczerwonej. W dnie macicy znajduje się część łożyska z pępowiną i tu i owdzie obok — kawałki łożyska, pozostałe po odrywaniu. W jednym miejscu dna na przestrzeni wielkości rubla srebrnego znajduje się tylko otrzewna, zupełnie ogołociona z powłoki mięśniowej. Palcami, włożonymi między macicę i ścianę pochwy, dochodzi się do obrączki, wytworzonej przez szyję maciczną. Przez powłoki brzuszne, po wypuszczeniu moczu, którego chora nie oddawała od chwili wynicowania macicy, nad spojeniem łonowym można wyczuć wklęsnięcie lejkowate, wytworzone przez wynicowaną macicę.

Po obmyciu chorej i dokładnem wypłukaniu wypadniętej macicy oraz wyjodynowaniu, odklejono resztki łożyska bez żywszego krwawienia i starano się powoli wprowadzić macicę do pochwy w celu odnicowania, lecz to nie udało się. Na wystającą część macicy nałożono opatrunek przeciwnilny, który ustalono przy pomocy kółka gumowego i opaski w postaci litery T. Wobec objawów niedokrwistości zastosowano wlewania pod skórę roztworu fizyologicznego NaCl oraz wstrzykiwania kofeiny. Następnego dnia, ponieważ między wepchniętą do pochwy macicą a samą pochwą gromadziła się wydzielina ropna, wydobyto macicę z powrotem nazewnątrz, opłukano obficie, wyjodynowano i pozostawiono nazewnątrz w opatrunku przeciwnilnym. Ogólny stan chorej był nieco lepszy. 3-go i 4-go dnia podobne opatrunki; zauważono jednak, że wynicowana macica przybiera barwę zielonawą, cuchnie i ulega zgorzeli, przyczem zaznacza się dość wyraźnie linia odgraniczająca. Ciepłota ciała podniosła się do 38,06 C. Wobec powyższych objawów piątego dnia po przybyciu chorej zdecydowano się usunąć macicę; zabiegu dokonał dr. St. Zaborowski.

Wykonano cięcie podłużne na przedniej powierzchni szyi macicy w części napozór zdrowej. Cięcie 5-6 ctm. długości przez śluzówkę i warstwę mięśniową. Po rozszerzeniu brzegów tej rany dotarto do otrzewnej, tworzącej lejek i oddzielono tenże na tępo dookoła. Wtedy możliwie najniżej, gdzie tkanki wyglądały napozór zdrowo, okrężnie przecięto macicę aż do otrzewnej i, odsunawszy ją ku dołowi, oprowadzono naokoło szyi lejka przewiązkę jedwabną i mocno zaciągnięto, wyłączając w taki sposób jamę

otrzewnej od jamy, wytworzonej przez wynicowaną macicę. Nacięto otrzewną lejka i przekonawszy się, że zawiera on tylko więzy szerokie z przydatkami macicznymi, odcięto całą część macicy poniżej przewiązki, uchwyciwszy w zaciskadła końce przydatków. Po nałożeniu przewiązek kikut odepchnięto do góry do pochwy. Przebieg pooperacyjny niezupełnie pomyślny. Jakkolwiek objawy zapalenia otrzewnej nie wystąpiły, jednak objawy zakażenia ogólnego są dość wyraźne. W ciągu pierwszych 5 dni po operacji tętno było nierówne i przyśpieszone, lecz środkami podniecającymi udało się doprowadzić serce do pewnego stopnia równowagi. Ciepłota stale wysoka (do 39° C.). Sama rana początkowo przedstawiała się nieszczególnie, obecnie zaczyna ziarninować dobrze, ropienie nieznaczne.

(Streścił mówca).

7. *Lorentowicz* przedstawił macicę, wyciętą nadpochwowo z powodu sacrosalpinx bilateralis.

8. *Neugebauer* przedstawił wydobyty z jamy brzusznej włókniak macicy osobliwego wyglądu.

40-letnia niezamężna pacjentka urodziła raz jeden na czasie pomyślnie 20 lat temu. Połóg prawidłowy. Od 2-ch lat chora zauważyła w brzuchu guz, który stale powiększa się. Od 2-ch lat brak miesiączki. Dawniej peryody były zawsze prawidłowe, nigdy nadmierne. Wymacano spory guz twardej natury po prawej stronie obok macicy, mało ruchomy, nie bolesny na ucisk. Ponieważ macica nie była powiększona, rozpoznano przypuszczalny włókniak prawego jajnika.

Po otwarciu jamy brzusznej wylało się cokolwiek krwawo zabarwionego płynu surowiczego. Guz wielkości głowy kilkoletniego dziecka rzeczywiście leżał na prawej stronie macicy, nie był jednak, jak przypuszczano, guzem jajnika prawego, a włókniakiem podsurowiczym samej macicy. Rozpoznanie trafne przed operacją w takim przypadku byłoby zgoła niemożliwe. Guz miał powierzchnię gładką o wyglądzie takim, jak kiszka w stanie zapalnym, bardzo znacznie przekrwiona. Wyłoniono guz z jamy brzusznej. Wychodził on z prawej strony dna macicy tuż za przyczepem prawego jajowodu. Podstawa miała wielkość powierzchni prawie że dłoni dorosłego mężczyzny. Odcięto guz dwoma cięciami półkolistymi od macicy, wycinając cokolwiek mięszu macicy. Pokazało się wtedy, że rana była kolosalnie krwawliwa — gdziekolwiek bowiem igłą ukłuto, krwawiło silnie: nie pozostało nic innego, jak macicę nisko amputować. I teraz pomimo oddzielnego podwiązania każdej tętnicy macicznej krwawienie było nadzwyczajne, tak że trzeba było jeszcze kilka obkłuć dodać. Guz na przekroju wyglądał, jak złośliwy nowotwór. Na korzyść złośliwości przemawiał krwawy płyn surowiczy w jamie brzusznej, szybkie rozrastanie się guza, charłaczy wygląd chorej, oraz przekrój guza — a jednak badanie drobnostkowe, przez kolegę *Lorentowicza* wykonane, nie ujawniło cech złośliwych guza. Prawdopodobnie chodziło o silne przekrwienie guza z początkującym obumarciem wskutek skrętu jego podstawy, chociaż nieznacznego.

Neugebauer tego rodzaju krwawliwości guza, jak w danym przypadku

nigdy poprzednio nie napotykał. Chora zniosła operację dobrze i na 15-ty dzień uleczona szpital opuściła.

(Streszczenie mówcy).

9. *Leyszerowicz* odczytał rzecz: „O powstawaniu zgorzeli w okresie poporodowym“. Na wstępie rozpatruje L. czynniki, jakie powodować mogą zgorzel, zastanawiając się bliżej nad znaczeniem krążenia obocznego oraz powstawaniem zakrzepów i zatorów w naczyniach, przyczem zwraca uwagę na sprawę przenikania do tętnic pochodzących z żył zatorów, względnie zatorów skrzyżowanych. Dalej, przytacza pewne wiadomości ze statystyki zgorzeli kończyn dolnych lub górnych w okresie poporodowym, z czego wynikać ma, że rzadkie to powikłanie bywa zarówno u wieloródek, jak i u pierwiastek.

Dotąd opisano zaledwie 26 przypadków zgorzeli kończyn, przeważnie jednej, a tylko w 8-iu obu; rękoczołki w czasie porodu nie mają wpływu na powstawanie zgorzeli; tylko w dwu przypadkach stwierdzono zgorzel kończyn górnych, w kilku przypadkach zgorzel występowała przed samym porodem, w innych po porodzie, w niektórych w kilka miesięcy po porodzie, zdarzało się nawet po poronieniach. Dalej prelegent przytacza przypadki szeregu autorów, wreszcie opisuje spostrzeżenie własne. 18-letnią pierwiastkę przepisano do kliniki chirurgicznej przy szpitalu Dz. Jezus z instytutu położniczego, gdzie urodziła samoistnie nieżywy, niedonoszony płód wagi 2010 grm.; łożysko o woni gnilnej odeszło samo; przed porodem gorączkowała, miała odchody brudne, cierpiała na biegunkę. Po porodzie stan zakaźny bez zmiany trwał nadal bez poprawy, przyczem po kilku dniach stwierdzono owrzodzenia na części pochwowej macicy. W 2 tygodnie po porodzie oprócz tego zauważono obrzmienie prawej stopy. Ogólny stan chorej coraz bardziej pogarszał się; wreszcie została przepisana do oddziału ginekologicznego 28 sierpnia z rozpoznaniem: Partus praematurus. Enteritis. Endometritis puerperalis septica. Tu rozpoznano zgorzel prawej stopy i chorą skierowano do kliniki chirurgicznej, gdzie nazajutrz zmarła; pośmiertnego badania nie wykonano. L. przypomina dokładnie, iż wszystkie palce prawej stopy były w stanie zgorzeli. W danym przypadku mogły pod wpływem ogólnego stanu zakaźnego i osłabionej czynności serca wytworzyć się zakrzepy w żyłach miednicowych i spowodować po rozmiękczeniu zator na kończynie dolnej. Niewątpliwie mogło też miejscowe o wysokim natężeniu zakażenie przyczynić się do zapalenia żył macicznych, w następstwie—do wytworzenia zakrzepów, wreszcie sprowadzić zator. Nie jest też wyłączone, iż mogło być przeoczone powstałe pod wpływem długotrwałego zakażenia zapalenie wsierdza, które wywołało tak ciężkie następstwa. Błędne jest mniemanie wielu autorów, iż dla wytłumaczenia niezatrzymywania się zatoru, z żył pochodzącego, w naczyniach włosowatych płuc, natomiast przedostawania się tegoż do lewego serca i tętnic potrzebne jest koniecznie niezarośnięcie otworu owalnego w sercu, albowiem drobne cząsteczki zakrzepów przedostawać się mogą bez zatrzymania się poprzez naczynia włosowate do żył płucnych, dalej do lewego serca i tętnic. Początkowo zgorzel bywa sucha, dopiero po rozmiękczeniu i rozpadzie staje

się wilgotną. Zwykle tworzy się linia odgraniczająca, rzadziej sprawa postępuje szybko bez ograniczenia się. Rozpoznanie polega na objawach następujących: w charakterze zwiastunów szarpiące bóle, obrzmienie, sine zabarwienie skóry, stygnięcie kończyny, brak czucia. Dalej następują ogólne objawy posocznicoropnicy w następstwie wsysania się tkanek obumarłych. Leczenie głównie polega na operacji z chwilą ograniczania się zgorzeli. Żylne wrzekomo postaci zgorzeli mają być śmiertelne. Co się tyczy etyologii, przyjęć wypadnie drobnoustrojowe pochodzenie tego powikłania poporodowego. Warunkami, sprzyjającymi zatkanium naczyń, są: osłabiona działalność serca, tudzież wzmożona u rodzących zdolność ścinania się krwi wskutek zmian w jej składnikach. Najłatwiej następuje zgorzel kończyny w przypadkach jednoczesnego zatkania żył i tętnic.

L. przedstawił inną postać niezwykle umiejscowionej zgorzeli, która samoistnie wystąpiła po porodzie—zgorzeli obu dołów odbytnicowokulszowych. Po szczegółowym opisie budowy anatomicznej oraz topografii tego dołu, L. zaznacza, iż tworzy on rodzaj niszy, w której dzięki budowie, położeniu oraz zawartości szerzą się i ogniskują wszelkiego rodzaju sprawy zapalno-ropne. Stąd biorą też początek przetoki wewnętrzne i zewnętrzne odbytu. Odnośny przypadek przedstawiał się w sposób następujący: w grudniu r. 1909 przybyła do kliniki chirurgicznej szpitala Dz. Jezus chora, lat 22, w stanie gorączkowym, silnie wycieńczona. Przed kilkunastu dniami odbyła poród prawidłowy. Okres poporodowy narazie przebiegał prawidłowo; siódmego dnia poczęła gorączkować i doznawać bólów w krzyżu. Wobec nieustającej wysokiej gorączki szukano przyczyny w macicy, lecz dwukrotne wrzekomo skrobanie nie dało pożądaných wyników. W końcu, gdy w pobliżu odbytu zauważono zaczerwienienie, skierowano chorą do oddziału chirurgicznego. Tu stwierdzono: ciepłota 40° , biegunka od kilku dni, nieznaczne wypuklenie i zaczerwienienie przy małej bolesności na dotyk w okolicy odbytu (wypustokroczej). Narządy rodne w stanie prawidłowym. Nazajutrz po przybyciu przed samą operacją spostrzeżono w skórze spory otworek, przez który wypływała wydzielina posokowa w małej ilości. Po rozcięciu skóry w kierunku do odbytu znaleziono nie ropę, lecz brudnoszarego koloru masę tkanek tłuszczowych, gnilnie cuchnących, którą w części tylko dało się usunąć, w jamie zaś, prawie wcale nie krwawiącej, pozostały resztki obumarłych tkanek. Po operacji ciepłota nieznacznie obniżyła się (38° , 4), samopoczucie poprawiło się. Trzeciego dnia utworzyło się w skórze także okienko i z drugiej strony (prawej) odbytu, z którego wyglądała szara masa, wydzielina była b. nieobfita, otwór ten nieco tylko rozszerzono i daną okolicę zostawiono pod wilgotnym okładem. W dwa dni potem przez otwór ten w całości wydosztano zupełnie odgraniczoną masę zgorzelinową wielkości pomarańczy o zapachu cuchnącym; pozostała jama prawie nie krwawiła. Odtąd ciepłota była zupełnie prawidłowa. Gojenie rany odbywało się raczej przez wrastanie naskórka włąb i ściąganie się rany, aniżeli ziarninowanie, gdyż temu ostatniemu na przeszkodzie stała powięź, wyściełająca dół, tudzież brak tkanki łącznej. Zawartość dołów odbytnicowokulszowych, składająca się przeważnie z tkanki tłuszczowej i ubogiej w naczynia, sprzyja bardzo powstawaniu spraw ropnych, jak również zgorzeli,

poczem, dzięki sąsiedztwu odbytnicy, łatwo dołącza się rozkład gnilny. L. jest zdania, iż przedstawiony przezeń obraz chorobowy zasadniczo różni się od opisywanej w piśmiennictwie periproctitis gangraenosa diffusa, gdyż sprawa zgorzelinowa ograniczała się tu li tylko do zawartości dołu, nie przenosząc się nigdzie dalej. Punktem wyjścia całej sprawy, zdaniem L., jest dolny odcinek prostnicy, gdzie pod działaniem bólów porodowych powstawać mogą obrażenia błony śluzowej, przez które przenikają drogą naczyń chłonnych zarazki do dołu kulszoodbytnicowego i powodować tu mogą zgorzel i rozpad gnilny. W tej postaci zgorzel w piśmiennictwie nigdzie nie jest podana.

(Streścił mówca).

W rozprawach Grzankowski zaznacza, że zgorzel poporodową widział w oddziale ginekologicznym w przeciągu lat 15 zaledwie kilka razy i zazwyczaj jako objaw ciężkiego ogólnego zakażenia, kończącego się śmiercią; w praktyce prywatnej widział tylko raz jeden.

Pozatem zabierali głos Wertensztejn, Zwejgbaum, Leśniowski oraz Stankiewicz.

Zwejgbaumowi i Wertensztejnowi L. odpowiada: gdy mowa o zupełnie ściśle w przemówieniu określonej postaci zgorzeli, nie można w niej dopatrywać się cech identycznych z krwiakiem, mającym za punkt wyjścia tak czy inaczej rozdartą błonę śluzową lub tkankę podśluzówkową pochwy; sprawa nadomiar była umiejscowiona zupełnie symetrycznie po obu stronach odbytu; rozróżnić zaś skrzepy krwi od tkanek, uległych zgorzeli, niezbyt trudne przedstawia przynajmniej dla chirurga zadanie.

Leśniowskiemu: w podręczniku Bergmana, Brunsza i Mikulicza, skąd fakt o stałym przebywaniu w mieszkach chłonnych odbytnicy drobnoustrojów chorobotwórczych zacytował, niema wzmianki o tem, aby konieczne było istnienie w nich sprawy zapalnej, zresztą z innych analogicznych przypadków w przewodzie pokarmowym wnosić można, że zarazki, stale tam wegetujące, uruchomione zostają i działalność swą ujawniają zwykle dopiero z chwilą nastania dla nich odpowiednich warunków.

Grzankowskiemu: istotnie, najprędzej przymacicza mogłyby być brane za punkt wyjścia dla omawianej w odczycie sprawy, gdyby w rzeczywistości dała się tutaj zauważyć jakaś sprawa zapalna, tymczasem, jak to zaznaczone było, pomimo skierowania w tę stronę całej uwagi od początku choroby, niczego doszukać się nie można było i narządy rodne znajdowano w stanie zupełnie prawidłowym; dalej, rękoczynny stosowane były dopiero na skutek wysokiej gorączki, a więc istnienia już zakażenia, a nie—ante factum; w końcu nadmienia, że te wrzekomo nierzadkie sprawy w rzeczonyj okolicy, o jakich G. wspomina, są to zwykle sprawy ropne, noszące nazwę periproctitis suppurativa, a nie gangraena ischioirectalis, jako sprawy czysto zgorzelinowe bez wszelkiej wydzieliny ropnej.

(Streścił mówca).

L. LORENTOWICZ.

BIBLIOGRAFIA.

W lipcu r. b. opuścił prasę Zeszyt I nowego pisma lekarskiego — „Neurologii Polskiej“, dwumiesięcznika, wydawanego przy współudziale D-ra J. Babińskiego (Paryż), D-ra F. Chłapowskiego (Poznań), prof. H. Halbana (Lwów), prof. W. Heinricha (Kraków), prof. J. Piltza (Kraków), prof. K. Twardowskiego (Lwów) przez komitet redakcyjny, w którego skład wchodzi D-r. M. Bornstein, Dr. L. Bregman, Wł. Dawid, Dr. E. Flatau, Dr. W. Gajkiewicz, Dr. S. Goldflam, Dr. St. Kopczyński, Dr. W. Męczkowski, Dr. St. Orłowski, J. Segal, Dr. W. Sterling, Dr. A. Wizel. Redaktorem jest D-r. Ludwik Dydyński.

Zjawienie się nowego organu jaknajbardziej potwierdza przeświadczenie naszej redakcji, że na pewnym stopniu rozwijania się i doskonalenia pojedynczych odłamów wiedzy lekarskiej zradza się w nich nieprzeparta potrzeba zaopatrzenia się w samoistny, niezależny organ, który by z jednej strony skupiał, ogniskował cały dorobek umysłowy danej specjalności, by z drugiej — dał specjalistom możliwość nie krepowanego jakimikolwiek ubocznymi względami, swobodnego zabierania głosu w sprawach ich specjalności, wreszcie — by zachęcał, rozgrzewał do dalszej rzetelnej pracy. Świetny rozwój neurologii polskiej w dobie obecnej całkowicie uzasadnia powstanie „Neurologii Polskiej“; skład osobisty Redakcji oraz liczne gremium tych, którzy przyrzekli wydawnictwu swój współdział, dają rękojmię, że byt i rozwój nowego pisma mają mocną, trwałą podstawę. Pierwszy Zeszyt „Neurologii Polskiej“ zarówno ze względu na swoją treść, jak i na szatę zewnętrzną przedstawia się nader okazale.

Nowemu Wydawnictwu szczerze i serdecznie życzymy jaknajpomyślniejszego i trwałego rozwoju.
