

PRZEGLĄD Chirurgiczny i Ginekologiczny

TOM III. ZESZYT III. LISTOPAD. GRUDZIEŃ. 1910.

PRACE ORYGINALNE.

Dwa przypadki tętniaków tętnic obwodowych

podał

BRONISŁAW KOZŁOWSKI,

docent prywatny Uniw. Kijowskiego.

Przypadek I. Tętniak tętnicy i żyły ramiennej. 36-letni szewc zwrócił się do lecznicy D-ra Neustube w Kijowie z powodu rany ciętej środkowej części ramienia prawego. Rana zadana była szewckim nożem przed 2 tygodniami. Krwotok, dość obfity z początku, powtarzał się później kilkakrotnie i doprowadził chorego do stanu wyraźnej niedokrwistości. Badanie narządów wewnętrznych żadnych zmian w nich nie wykryło. Na przedniej powierzchni ramienia prawego znajdujemy ranę podłużną, zdążającą w kierunku środkowej $\frac{1}{2}$ części brzozy wewnętrznej mięśnia dwugłowego. Długość rany wynosi 8—10 cm., największa jej szerokość — około 4 cm.; brzegi rany brudne, dno jej tworzy pulchny skrzep. Powyżej rany zauważa się obrzęknięcie wszystkich tkanek, w głębi zaś — chęłbotanie. Tętno nie daje się wyczuć w tętnicy ramiennej, jakkolwiek w tętnicy promieniowej wyczuwa się tętno wyraźnie.

Szczegółowe badanie obrzękniętej części ramienia wykazuje, że istnieje tam jama, wypełniona krwią płynną i skrzepłą. Chory gorączkuje. Wydzieliny rany brudne, ropne.

Wobec powyższego, przypuszczając zranienie tętnicy ramiennej z następstwem wytworzeniem się tętniaka rzekomego — źródła kilku następnych krwotoków, postanowiono usunąć tętniak wraz z częścią tętnicy. Operację wykonano 3-go czerwca 1905 r. Po uśpieniu chorego, zaciśnięto kończynę opaską Esmarcha i rozszerzono cięciem ranę u góry i u dołu. Z początku

pokazała się w ranie ropa, później skrzepy włóknikowe stare, nawarstwione, wypełniające jamę wielkości jaja gęsiego, mieszczącą się pomiędzy mięśniami dwu i trzygłowym. Po usunięciu skrzepów przystąpiono do podwiązania naczyń, doprowadzających krew do tętniaka. Okazało się, że chodzi tu nie tylko o samą tętnicę; wobec tego zaszła potrzeba podwiązać również żyłę ramienną. Tętnica dała się odnaleźć niebawem i podwiązać poniżej i powyżej worka tętniaka. Około 6 cmt. tętnicy i tyleż mniej więcej żyły ramiennej wypadło wyciąć. Następnie usunięto opaskę sprężystą, poczem wypadło jeszcze poświęcić nieco czasu na zatamowanie krwotoku z drobnych naczyń, doprowadzających i odprowadzających od wspólnego worka tętniaka. Jamę rany szczelnie wypchano gazą jodoformową, pozostawiając brzegi rany rozwarłe. Kończynę unieruchomiono szyną tekturową.

Ciepłota obniżyła się do poziomu prawidłowego 3-go dnia i więcej nie podniosła się. Opatrunek zmieniono w 2—3 dni, rana goiła się pomyślnie i była wypełniona żywą ziarniną w chwili, gdy pacjent po upływie 2 tygodni opuszczał lecznicę. Tętno w tętnicy promieniowej, które, jak to już wspomniałem, wyczuwało się jeszcze przed operacją, bezpośrednio po niej nieco osłabło, później jednakże prędko odzyskało dawną siłę, co tłumaczy się tem, że wytworzył się był już przed operacją uboczny obieg krwi za pośrednictwem tętnicy ramienia głębokiej, oraz siatki tętniczej łokciowej (rete art. cubiti), zupełnie wystarczający dla odżywiania kończyny.

Przypadek powyżej opisany jest zajmujący dla tego, że tu równolegle z wytwarzaniem się tętniaka rozwijało się ropienie, czego wynikiem były ciągłe krwotoki z miejsca obrzęknięcia. Pomimo to obrzęknięcie ciągle zwiększało się, krwotoki zaś nieustanne doprowadziły pacjenta do stanu ostrej niedokrwistości, który zmusił go zgłosić się do nas. Przewidzieć łatwo, co by mogło stać się z chorym ostatecznie. Ropienie, rozpulchniając ściany worka, dałoby w końcu rozległą zgorzel ścian i chory zginąłby niezawodnie wskutek obfitego, trudnego do powstrzymania krwotoku, oraz wskutek przedostania się powietrza do żyły. Obu tym powikłaniom zapobiegł wczas wykonany zabieg chirurgiczny.

*
*
*

Przypadek II. Tętniak tętnicy podkolanowej. Młodzieniec 23 letni został wypadkowo zraniony na polowaniu śrutem zajęczym w lewą nogę. Wypadek ten przytrafił się jesienią 1907 r. Powierzchnownie leżące śruciny usunął lekarz miejscowy. W niespełna miesiąc po zranieniu chory zwrócił się do mnie o poradę z powodu umiarkowanego przykurczenia lewego ko-

lana, w którego okolicy widoczne były blizny od śrucin. Na wykonaniem z mego polecenia zdjęciu rentgenowskiem można było zauważyć 11 głęboko w mięśniach leżących ziarenek śrutu, z których 2 mieściły się głęboko w dole podkolanowym. Usuwanie śrucin wobec takiego stanu rzeczy nie miałooby żadnego uzasadnienia, to też zaleciłem choremu dwumiesięczne mięsienie całej kończyny, pod którego wpływem prawidłowa ruchomość stawu powróciła w całej rozciągłości. Jesienią 1908 r., a więc po upływie roku po zranieniu, chory w ciągu całej nocy brał czynny udział w gaszeniu pożaru, po upływie zaś tygodnia tańczył. Wróciwszy z zabawy do domu, zauważył utworzenie się pod lewem kolaniem niewielkiego guza, który zaczął następnie powoli zwiększać się. To zmusiło go do szukania w Smoleńsku pomocy u miejscowego chirurga, który rozpoznał tętniak, polecając wykonanie operacji. Wówczas chory zgłosił się do mnie. Badanie wykazało: W dole podkolanowym jest widoczny guz półkulisty, wielkości kurzego jaja, pokryty niezmienioną skórą. Próby zmniejszenia guza za pomocą ucisku nie udają się. Guz niewyraźnie tętni, osłuchiwanie guza pozwala słyszeć szmer, zupełnie współczesny z tętnem tętnicy udowej (65—75 na minutę). I szmer i tętno znika po przyciśnięciu tętnicy udowej do kości łonowej. Poniżej i powyżej szmeru nad tętnicą nie słyhać. Tętno w tętnicach piszczelowej przedniej i tylnej wyczuwa się wyraźnie. Badanie serca, nerek oraz innych narządów nie wykazuje nic nieprawidłowego. Chory pozostawał w obserwacji około tygodnia. W ciągu tego czasu guz znacznie zwiększył się, dochodząc do rozmiarów pięści dorosłego człowieka. Przez cały ten czas stosowano na kończynę lód. Pod koniec tętnienie stało się wyraźnie widocznem dla oka. Chorego umieszczono w prywatnej polskiej lecznicy, gdzie wykonano operację 3/XI ze współudziałem lekarzy: Birsztajna, Antoniewicza i Stanisławskiego. Uśpienie morfinowo-chloroformowe. Po nałożeniu opaski Esmarcha cięciem długości 15 cm., poprowadzonym przez środek dołu podkolanowego, odsłonięto leżący tuż pod skórą i powięzią tętniak, wielkości, jak powiedziano wyżej, pięści dorosłego mężczyzny, kulisty, nieco spłaszczony. Worek nacięto, a, wypuściwszy płynną krew, usunięto palcami skrzepy. Te ostatnie, w ilości około 2 garści, przedstawiały się w stanie tem wyraźniejszego nawarstwienia i tem dalej posuniętej organizacji, im leżały bliżej ścian tętniaka.

Po ich usunięciu oraz po osuszeniu i obejrzeniu wnętrza tętniaka przystąpiono do wyluszczenia samego worka, odszukawszy poprzednio bez wszelkiej trudności tętnicę i podwiązawszy ją powyżej i poniżej worka. Następnie usunięto opaskę, obejrzano dokładnie cały dół podkolanowy, podwiązując jeszcze 3 mięśniowe gałązki naczyniowe. Oba końce cięcia zszyto kilkoma szwami, jamę zaś rany wypełniono szczelnie gazą kseroformową. Kończynę umieszczono w opatrunku szynowym, nadając jej położenie uniesione i obłożono ją butelkami ogrzewającymi oraz owinięto w kołdrę. Chory prędko przyszedł do przytomności, tętna w obu tętnicach nie było.

Usunięty tętniak był to worek z cienkimi, mniej więcej grubości 1 mm. ścianami, do którego z jednej strony wpadały tętnice. Na preparacie widać, że powstał tętniak wskutek podłużnego zranienia tętnicy podkolanowo-

wej, przyczem część jej ściany pozostała niezmienioną i weszła w skład ścian worka. Prawdopodobnie odgrywały w powstaniu tętniaka rolę wspomniane wyżej 2 śruciny.

Dalszy przebieg był prawidłowy. Ciężota przez cały czas normalna. Opatrunki zmieniano co 4—5 dni. Tętnienie w tętnicy piszczelowej przedniej na grzbiecie stopy dało się zauważyć po raz pierwszy 6-go dnia, po upływie zaś następnych 4 dni tętno było już wyraźne i łatwe do zliczenia. W tętnicy piszczelowej tylnej zjawilo się ono nieco później, lecz też po 10—12 dniach już niczem nie różniło się od odpowiedniego tętna na zdrowej kończynie. 14 II 1908 pacjent po doszczętnem zagojeniu się rany włożył zupełnie prawidłowo kończyną.

Ten drugi przypadek wzbudza dla tego pewne zainteresowanie, że należy go uważać za analogiczny z przypadkami powstawania tętniaków, często spostrzeganymi podczas wojny rosyjsko-japońskiej wskutek zranienia tętnic używanymi przez Japończyków kulami małego wymiaru. I tu i tam spostrzegano z początku niewielką ranę postrzałową, prędko i łatwo gojącą się, a dopiero po upływie pewnego czasu, zależnie od siły obrażenia naczyń krwionośnych, rozwijał się tętniak prosty lub w połączeniu z żyłakiem, co znowu zależało od tego, czy uszkodzeniu uległa tylko tętnica, czy też i żyła. Moje spostrzeżenia szpitalne w Charbinie wskazują na przewagę liczby postaci tętniczożylnych; być może z tej racji, że wobec nader znacznej szybkości kul japońskich naczynia nie miały czasu uchylić się podczas przechodzenia pocisku przez ciało.

*

Sprawa leczenia tętniaków stanęła obecnie znowu na porządku dziennym. Podniesiono ją niedawno na 22-gim zjeździe chirurgów francuskich 4—9 października 1909 r. (Semaine Medicale 1909 p. 477). Referenci Monod i Vanverts doszli w tej sprawie do wyników następujących. W leczeniu tętniaka prawie nigdy nie stosuje się bezpośredniego ucisku na worek. Na 410 przypadków metodę tę zastosowano tylko 10 razy. Co się tyczy podwiązywania naczyń doprowadzającego, to metoda ta, aczkolwiek posiada dotychczas jeszcze zwolenników, stosujących ją w tętniakach kończyn, nie jest do polecenia, usposabia bowiem do zgorzeli w wyższym stopniu, niż usunięcie ca-

łego worka. Ten ostatni sposób natomiast wolny od zarzutów, którym podlega sposób nacięcia worka, widocznie zasługuje na to szerokie uznanie, którem cieszy się w dobie obecnej. Referenci podają, że metoda ta z pośród 410 omawianych przypadków była zastosowana w 205, a więc w połowie wszystkich przypadków, przy czym zejście śmiertelne zaznaczono tylko 7 razy (3%). Odssetka śmiertelności jest więc znacznie niższa, niż po podwiązaniu, po którym według tej samej statystyki wyraża się ona liczbą 7%.

O ile we Francji usuwanie całego worka tętniakowego stosuje się coraz częściej, jako przedni sposób leczenia tętniaków, to, przeciwnie, w Ameryce większem uznaniem cieszy się „aneurysmorrhaphia“, czyli sposób Mathasa *) (Semaine Medicale 1903—292). Rozróżniamy 3 odmiany tego sposobu: 1) obliteracyjną; 2) odnawiającą (meth. restaurative); 3) odbudowującą (meth. reconstructive).

1. Sposób obliteracyjny, zamykający stosuje się w tętniakach wrzecionowatych. Po nacięciu worka zamykamy za pomocą szwów oba otwory, którymi otwiera się do worka tętnica, następnie zaś obliteruje się worek bez wycinania go specjalnym szwem (points en capiton). Sposób ten przeciwstawiano szczególnie wyluszczeniu. Jednakże porównyując wyniki, osiągnięte tym i tamtym sposobem w leczeniu tętniaków tętnic udowych i podkolanowych, nabieramy przekonania, że wobec jednakowych prawie wyników co do zachowania życia pacjenta zgorzel kończyny znacznie częściej wydarza się po aneuryzmorafii, niż po wycięciu tętniaka, szczególnie często zaś ma to miejsce w tętniakach tętnic udowych: 16,7% zgorzeli po operacji Mathasa, a 3,7% po wycięciu worka.

2. Sposób odnowienia tętnicy (meth. restaurative) stosuje się tylko w tętniakach workowych. Polega on na tem, że zamyka się szwami Lemberta otwór, łączący tętniak z tętnicą, następnie zaś zamyka się sam worek, jak w metodzie poprzedniej. W ten sposób światło tętnicy może być zachowane.

*) Mathas. The statistics of endoaneurysmorrhaphy on thy radical cure of aneurysm by intrasaccular suture. The Journ. of the Amer. Medic. Associat. 1908 № I, 11

3. W sposobie odbudowywającym (reconstruction) tętnicę, który to sposób stosuje się zwykle w tętniakach wrzecionowatych, zamiast zamykania otworów, łączących tętnicę z workiem tętniaka, i następnego obliterowania tego ostatniego, staramy się odbudować tętnicę, zachowując jej światło, a wytwarzając z worka jej ściany.

Przy pomocy tych 2 ostatnich sposobów można osiągnąć ideał, do którego dążyć powinno leczenie chirurgiczne tętniaków, a mianowicie — usunięcie cierpienia wraz z odnowieniem lub odbudowaniem światła tętnicy. Przypadki, w których owe dwa sposoby dadzą się zastosować, nie są wprawdzie częste. W 13 przypadkach, w których udało się Methasowi zastosować metodę restauracyjną, wyniki były doskonałe. Mniej świetne wyniki dała metoda rekonstrukcyjna. Na 10 przypadków tętniaka tętnicy podkolanowej otrzymano 6 wyzdrowień, 3 wznowy i 1 krwotok wtórny. Na 2 przypadki tętniaka tętnicy udowej otrzymano jedno wyzdrowienie, to samo w jednym przypadku tętniaka tętnicy pachowej; w jednym przypadku tętniaka tętnicy udowej — zejście śmiertelne.

Nareszcie, co się tyczy stosowania w tętniakach sposobów przywrócenia drożności tętnicy za pomocą bezpośredniego zszywania jej końców, lub też wszczepiania pomiędzy nie odcinka tętnicy lub żyły, to odnośne przypadki dotychczas są jeszcze zanadto nieliczne, by mogły już upoważnić do jakichkolwiek wniosków uogólniających.

Rozważając z zaznaczonych powyżej punktów widzenia nasze 2 przypadki, dochodzimy do przekonania, że w pierwszym z nich (tętniak tętnicy ramiennej) nie pozostawało wogóle nic innego do zrobienia, jak tylko usunięcie całego zropiałego worka po podwiązaniu wszystkich gałązek naczyńowych, oraz szczelne wypchanie rany muślinem. Jedynie ta droga mogła tu nas doprowadzić do wyniku zadawalającego. W innym natomiast świetle przedstawia się przypadek drugi—tętniak tętnicy podkolanowej. Tutaj, przeciwnie, mieliśmy do czynienia z workiem o ścianach mocnych, do worka tego otwierała się tętnica, która szła dalej w ten sposób, że środkowy jej odcinek, pomiędzy otworem doprowadzającym a odprowadzającym, stanowił po części właśnie worek tętniaka. To też w tym przypad-

ku możnaby było zastosować zabieg odbudowujący, a to w ten sposób, że pozostawiwszy część ściany tętniaka, utworzoną przez nieuszkodzoną część ściany tętnicy, z pozostałej części worka utworzyć brakującą ścianę tętnicy, następnie zaś resztę tętniaka obliterować. Atoli widzieliśmy wyżej, że wyniki tego zabiegu nie zawsze bywają pewne: na 10 przypadków — 3 wznowy i jeden krwotok wtórny, dla tej to przyczyny woleliśmy i tu zastosować doszczętne usunięcie worka bez zachowania ciągłości światła tętnicy, jako sposób rokujący dla chorego wynik najpomyślniejszy.

Zawężenie okrężnicy esowatej

z opisem dziesięciu spostrzeganych przypadków

podał

ALFONS MARCINKOWSKI

Dr. Wszech Nauk Lekarskich. Lekarz szp. Ś-ej Trójcy i Żydowskiego w Piotrkowie.

Gdy Zoega-Manteuffel w r. 1889 omawiał na kongresie chirurgicznym sprawę niedrożności przewodu pokarmowego, podnosząc wartość objawu Wahla dla rozpoznania zawężenia okrężnicy esowatej, spotkał go zarzut, że to cierpienie przedstawia zjawisko zbyt wyjątkowe, by objaw Wahla posiadał doniosłość ogólniejszą. W dobie obecnej nikt nie wypowie podobnego zdania; zawężenie okrężnicy esowatej znane jest we wszystkich stronach całego świata, a liczne rozprawy ostatnich lat dwudziestu stwierdzają, że omawiana postać choroby nie tylko nie jest wyjątkowa, lecz przeciwnie — jest względnie częsta.

Baer zdołał odszukać w piśmiennictwie 114 przypadków, operowanych między 1892 a 1903 rokiem, a nadto 22 spostrzeżenia, które, aczkolwiek nie były leczone chirurgicznie, przedstawiają mniej lub więcej dokładne historye choroby, ogłoszone drukiem. Do tej liczby 136 dolicza Baer 30 innych spostrzeżeń z zestawienia Brauna, pochodzącego z r. 1892, co razem wzięte czyni 166 przypadków.

Z porównania danych statystyk różnych autorów można dojść do wniosku, że zawężenia okrężnicy esowatej częściej zdarzają się w pewnych krajach, gdy w innych występują rzadko. Bloodgood spostrzegał w klinice Halsteda 2 przypadki tego cierpienia pomiędzy 103 przypadkami niedrożności przewodu pokarmowego; Scudder znajduje również tylko 2 zawężenia okrężnicy esowatej w liczbie 121 przypadków niedrożności, zanotowanych w klinice Murphyego; Kuhn opisał 9 spostrzeżeń z kliniki Garrégo, Kiwull 8 własnych, Obaliński 19 własnych,

Philipowicz zaś (Bukowina) 32 przypadki z pośród 98 ogólnej liczby niedrożności, spostrzeganych osobiście.

Tak więc, zajmujące nas zawężenie stanowi w statystyce Scuddera 1,65%, gdy w statystyce Philipowicza wynosi 32,65%.

Mój własny materiał (1903—1910) obejmuje 21 przypadek ostrej niedrożności przewodu pokarmowego, mianowicie:

- 3 przypadki zawężenia jelit cienkich,
- 3 przypadki wgłobienia,
- 3 przypadki przepuklin wewnętrznych,
- 2 — zaciśnięcia jelit przez powrózki zapalne,
- 10 przypadków zawężenia okrężnicy esowatej; co równa się 47,6% liczby ogólnej.

* * *

Nauka miała pewien kłopot z określeniem granic anatomicznych okrężnicy esowatej, która stanowi przecież nierozdzielną całość z pozostałą okrężnicą i odbytnicą. Początkowo przyjmowano, że do okrężnicy esowatej należy cały odcinek, pokryty zewsząd otrzewną; określenie takie nie mogło utrzymać się wobec faktu, że pozostała okrężnica, tak samo jak i odbytnica, posiadają czasem własną kreskę. Ostatecznie za okrężnicę esowatą jest uważana tylko ta część okrężnicy, która przymocowywa się do krezki esicowej, łatwej do odróżniania dzięki temu, że oba jej końce tworzą kąt z kreską pozostałej części okrężnicy oraz odbytnicy, o ile obie one są opatrzone we własną kreskę. Kształt krezki esicowej bywa rozmaity: pasmowaty, owalny, wachlarzowaty, obok długości i szerokości bardzo zmiennej.

Również niestały jest kąt, który tworzy linia przyczepu tej krezki (górna i dolna), niekiedy bardzo ostry, niekiedy znów zupełnie rozwarty. Uogólniając można przyjąć, że okrężnica esowata układa się w dwa główne typy, t. j. albo w postaci litery O, albo też — w U. Oba te typy przedstawia załączona fotografia (fig. 1), zdjęta z zasuszonych okazów, które pochodzą od chorych, spostrzeganych w szpitalu Ś-tej Trójcy w Piotrkowie.

Przyczep krezki esicowej leży zazwyczaj między mięśniem przyłędźwiowym i wzgórkem, niekiedy jednak cała okrężnica

esowata bywa przesunięta ku stronie prawej, tak, że pomiędzy nią i pozostałą okrężnicą znajduje się dodatkowy odcinek, leżący poziomo.

Długość okrężnicy esowatej waha się w granicach bardzo szerokich; za długie uważane są takie, których kopuła sięga powyżej pępka; zdarza się to względnie często (do 20%—Wilms). Znane są jednak esice, mierzące do 280 cm. Esice małe zwisają zazwyczaj do miednicy małej, uniesione z jamy miednicy



Fig. 1.

ku górze nie wychylają się znacznie ponad spojenie kości łonowych. Długie okrężnice esowate mogą pokrywać kątnicę, krzyżować się z poprzecznicą, dosięgać wątroby, śledziony, lub leżeć pod wierzchołkiem przepony (Wilms). Gdy okrężnica esowata długa pozostaje w miednicy, składa się z wielu nieregularnych skrętów, które leżą jedne na drugich.

Różnorodne położenia okrężnicy esowatej przedstawia szemat Samsona (fig. 2). Podług Wilmsa, położenie esic długich jest stałe, zależne od ugrupowania wnętrzości; zwykle zajmują lewą połowę jamy brzusznej, kierując się ku górze; tak samo esice uległe zawężeniu jakoby kierują się pionowo ku górze i wypełniają przeważnie lewą połowę brzucha, prawą zaś w stop-

niu nieznacznym. Są to zawsze esice długie, gdyż krótkie zawężeniu nie ulegają.

Oprócz długości mają wpływ znaczny na powstawanie zawężeń inne jeszcze czynniki anatomiczne, mianowicie — szerokość podstawy okrężnicy esowatej oraz rodzaj przyczepu krezki; im ostrzejszy jest kąt, który tworzą obie jej połowy, tem łatwiej powstaje zawężenie. Krótkość podstawy ma takie samo zna-

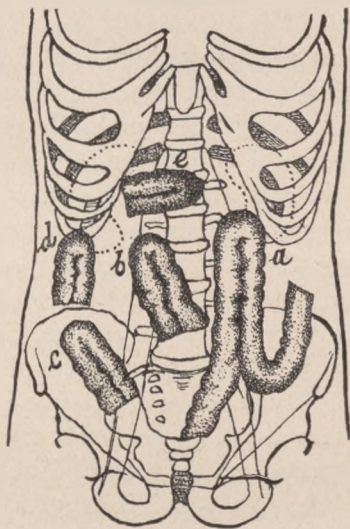


Fig. 2.

czenie; zawężenie esicy o szerokiej podstawie raz jeden tylko widziano, lecz w tym przypadku długość tętna kiszkiowej wynosiła około metra.

Krótką podstawa bywa wrodzona i zależna bądź to od ostrego kąta linii przyczepu, bądź od małej szerokości całej krezki; szerokość tej ostatniej bywa niekiedy tak nieznaczna, że oba odcinki esicy leżą jeden tuż przy drugim, jak dwie lufy dubeltówki. Częściej atoli zbliżenie punktów podstawowych jest nabyte, zależąc od zbliżnowacenia krezki pod wpływem przebytych spraw zapalnych pochodzenia bądź to drobnoustrojowego, bądź urazowego; zmianom takim ulega najwięcej podstawa, lecz i inne części krezki bywają również siedliskiem

zmian zapalnych. Niekiedy krezka na całej długości i szerokości wykazuje takie zmiany w postaci białych i twardych pasem o połysku, właściwym powięziom i ścięgnom. Gersuny, jak wspomina Baer, opisał zgrubienia powrózkowate, łączące punkty graniczne okrężnicy i esicy z otrzewną zewnętrżnej ściany brzucha; powrózki takie znajdował w całym szeregu laparotomii i twierdzi, że obecność ich można rozpoznać po bolesnym punkcie w dolnej części brzucha na stronie lewej. Wpływ tych powrózków na powstawanie zawężeń esicy nie został uznany ogólnie.

Ries opisał chorego, który doznawał bólu w okolicy krzyżowej i ogonowej w połączeniu z pieczeniem, uczuciem pociągania i parcia na dół; przez siedem lat bywały ataki nudności z wymiotami wodnistymi i żółciowymi oraz wzdęciem brzucha, co trwało po kilka dni, naraz następowało wypróżnienie, odchodziły duże ilości gazów i płynnego kału, i chory powracał do zdrowia. Badanie wykryło nacieczenie rozlane tkanki przyodbytniczej oraz guz, wielkości głowy dziecięcia z kształtu podobny do gruszki, wrażliwy na dotyk. Szypuła guza ginęła w lewym zagłębieniu biodrowem, wierzchołek leżał poza środkową linią brzucha i dawał się nieco poruszać. Podczas badania w uśpieniu odeszło dużo gazów oraz kału płynnego, zmieszanego ze śluzem, przyczem guz znikł. Zabieg krwawy stwierdził obecność grubych, białych i lśniących blizn na obu powierzchniach krezki esicowej, której podstawa była bardzo krótka, i zawierała liczne obrzmiałe gruczoły i grubą warstwę tłuszczu. Esica nie była zawężlona, lecz skrzyżowanie odcinków następowało już po lekkim popchnięciu połowy górnej, przyczem ramię doprowadzające kładło się na wierzchu. Esicę przymocowano do ściany brzusznej, co usunęło wyżej opisane napady niedrożności, lecz bóle i pieczenie pozostały. Te ostatnie objawy, jako trwałe, łączy autor z obecnością blizn, które uważa za pozostałość po zapaleniu krezki, prawdopodobnie wywołanem przez obecność owrzodzeń w jakimś uchyłku, albo wogóle na śluzówce кишки, tak samo jak powstają zgrubienia przy kątnicy w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego. Prawdopodobieństwo owrzodzenia podnosi fakt, że pacjent przez czas długi wydelał śluz, ropę i krew.

Takie same bóle i pieczenie w okolicy krzyżowoogonowej

notuje Ries i u innego chorego, operowanego wskutek zawężenia esicy.

Przypadek ostrego zapalenia okrężnicy esowatej, lub jej uchyłka, które przedstawia duże podobieństwo do zapaleń wyrostka robaczkowego, opisał Brewer:

Mężczyzna lat 45, uprzednio zdrowy; w wywiadach ani śladu jakichkolwiek zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego.

W sierpniu r. 1902, bawiąc na wsi, dostał w czasie obiadu gwałtownych boleści z nudnościami i omdlewaniem. Ostre te objawy znikły wkrótce, lecz w nocy bóle w podbrzuszu, nudności i uczucie niemocy ogólnej wystąpiły ponownie. Popołudniu dnia następnego, czując się już lepiej, wyjeżdżał na spacer, lecz doznawał dużego bólu po każdym wstrząśnieniu pojazdu. Nazajutrz powrócił do miasta, czując się źle; przez pięć dni następnych doznawał bólów w podbrzuszu lewym, gorączkował, czuł się osłabionym i chorym ogólnie. Gdy Brewer widział go po raz pierwszy, miał t. 110, c. 103 F., leukocytów 17000. W lewej jamie biodrowej była guzowatość bolesna, lewy zaś mięsień prosty brzucha napięty.

W przebiegu zabiegu znaleziono ograniczoną jamę, która zawierała 4 uncje ropy oraz kał; ściana okrężnicy esowatej była przedziurawiona.

Ashhurst opisuje chłopca 7 $\frac{3}{4}$ lat wieku, który miał objawy podobne, jak w zapaleniu wyrostka, z gorączką, bólami, sztywnością ściany brzusznej, nacieczeniem — lecz na stronie lewej. W czasie zabiegu wykryto: zrosty zapalne między ścianą brzucha i kreską okrężnicy esowatej, a w nich płyn surowiczy; kreska zawierała obrzmiałe gruczoły chłonne i twarde, ograniczone nacieczenie, o powierzchni nierównej. Wycięto jeden gruczoł chłonny dla zbadania mikroskopowego, wykazało ono jedynie zapalne nacieczenie, aczkolwiek sprawę łączono z nowotworem. Operacji radykalnej nie robiono, obawiając się zejścia niepomysłnego. Chłopiec wyzdrowiał; pod blizną operacyjną utrzymywało się nacieczenie pewien czas, lecz w końcu uległo wchłonięciu, nie pozostawiając żadnego śladu.

Brewer sądzi, że i tu pierwotnem ogniskiem zapalenia był jakiś uchyłek okrężnicy esowatej wrodzony.

Podług jego świadectwa, podobne przypadki zapalenia

esicy opisali, prócz Riesa, Lejars, Mayo, Monsarrat, Patel, Rosenheim i Sieur.

Również Mc Williams opisuje przypadek sekcyjny pacyenta 47-letniego, zmarłego na zapalenie otrzewnej z przedziurawienia uchyłka okrężnicy esowatej.

Delatour wypowiada zdanie, że „mesosigmoiditis“ ujawnia się w bólach okolicy krzyżowoogonowej oraz powtarzających się napadach ostrej niedrożności z objawami zapalnymi.

W każdym bądź razie, opisane powyżej postaci ostrego zapalenia krezki esowatej nie spotykają się często. Wielu chorych z bliznowatym zwyrodnieniem krezki nie ma żadnej świadomości co do istniejących zmian i cieszy się dobrem zdrowiem aż do wystąpienia pierwszego napadu niedrożności jelit; z pomiędzy historii chorób, które udało mi się przestudyować, w dwóch tylko znalazłem wzmianki o wydzielaniu się krwi oraz śluzu przez odbytnicę. Widocznie blizny mogą powstawać inaczej, niż na tle ostrego zapalenia. To samo mają na względzie autorowie, którzy uznają pochodzenie urazowe omawianej sprawy. Bliższego rozbioru tego pytania nie napotkałem w przeczytanych pracach, jednak sądzę, że można dopatrywać się analogii między zmianami w „mesosigmoiditis traumatica“ i zmianami, jakim ulegają krezki jelit, leżących w przepuklinach. Okrężnica esowata ma dwa punkty stałe u podstawy, po jednym dla każdego z ramion; na te dwa punkty przenosi się nacisk tłoczni brzusznej z tem większą siłą, im więcej bywa okrężnica esowata wypełniona płynem, lub gazem. Ponieważ tłocznia brzuszna zwiększa ciśnienie wewnątrz kiszek, punkty stałego przyczepu ulegają przytem napinaniu i pociąganiu; uważam za prawdopodobne, że niekiedy może dochodzić do wybroczyn podotrzewnych tak samo, jak dochodzi do wybroczyn pod spojówkę gałki ocznej w czasie mocnego kaszlu. Pod wpływem tych czynników mogą powstawać blizny i zgrubienia tak powolnie, że sprawa dla świadomości chorego przechodzi niepostrzeżenie.

Wilms przypuszcza, że odosobnione zgrubienia powrózkowate, jakie były opisane przez Gersunyego, bywają wrodzone, aczkolwiek sam Gersuny uważa je za skutek umiejscowionego zapalenia otrzewnej albo wylewu krwi do jamy brzusznej.

Inni autorowie uznają również istnienie zgrubień i zrostów

wrodzonych, i uważają je bądź to za skutek zapalenia otrzewnej w okresie życia płodowego, bądź za resztki krezek płodowych.

Specjalnym czynnikiem, usposabiającym do zawężenia okrężnicy esowatej, ma być również zaparcie nawykowe; ono to, jakoby, sprawia, że w okrężnicy esowatej zbiera się gaz powyżej słupa kałowego, rozdyma ją coraz więcej, przez co ściany kiszki tracą ostatecznie prawidłową kurczliwość, i kiszka staje się bezwładną. Istotnie, w wielu historyach chorób czytamy o długotrwałych zaparciach, lecz trudno wykazać, że nie są one raczej skutkiem, niżli przyczyną, że nie zależą od porażenia ścian kiszkowych, które powstało z przyczyn innych.

Zdaniem mojem, uderza fakt, że zawężeniu esicy ulegają prawie wyłącznie przedstawiciele klasy robotniczej, gdy zaparcie nawykowe stanowi właściwość pracowników biurowych, którzy prowadzą życie siedzące. W przeważającej liczbie spostrzeganych przeze mnie przypadków można wyłączyć wpływ zaparcia z całą stanowczością; przeważnie też chorzy pędzili żywot ruchliwy, lecz albo popełniali błędy w pożywieniu, albo z racji swego stanowiska społecznego używali pokarmów trudno strawnych i dających duże ilości kału oraz gazów. Zaparcie jest u naszych włościan zjawiskiem nieczęstym, natomiast jest im właściwe — przepełnienie kiszki gazami. Tymi właśnie warunkami objaśniałbym strefowe, że się tak wyrażę, występowanie zawężenia okrężnicy esowatej, które jest częstsze na wschodzie Europy, gdzie ludność robotnicza używa pokarmów ciężkostrawnych i mało pożywnych, przyczem jakoś pokarmów stara się wyrównywać spożywaniem dużych ilości, częstokroć z nadatkiem. Jak wiadomo, okrężnica esowata noworodków jest względnie długa; Curschmann uważał długie esice u dorosłych za wyraz przetrwania warunków wczesnego okresu życia. Jeżeli dziecko od pierwszych lat potrzebuje dużego zbiornika na kał i gaz, przetrwanie takie łatwo da się objaśnić; daje się to łączyć z opisami dawniejszych autorów, świadczących, że kiszki grube są dłuższe u rasy słowiańskiej, niż na zachodzie Europy.

Kału twardego bądź w odbytnicy, bądź w okrężnicy esowatej nie znalazłem ani we własnych przypadkach, ani też w opisach innych autorów. Aby esica prawidłowa miała wydłużać się wtórnie pod wpływem nadmiaru kału i prężności ga-

zów, które zawiera, uważane jest ogólnie za rzecz nieprawdopodobną. Natomiast trudno wątpić, że pojemność кишки może powiększać się pod wpływem tych czynników, zwłaszcza, gdy istnieją warunki anatomiczne, utrudniające drożność; to musi znowu prowadzić do powolnej utraty sprawności ruchowej, podług Netera.

Wprawdzie przytaczany tu autor uznaje występowanie takiej nierównowagi jedynie wobec istnienia swego rodzaju przeszkody, polegającej na skrzyżowaniu się ramion кишки. Siła mięśni кишки wystarcza przez czas pewien, by ją odkręcać i w ten sposób przywracać drożność; na tem właśnie ma polegać istota samoistnych wyleczeń w napadach początkowych.

Sądziłbym, że ta myśl Netera może być uogólniona: gdy mięśniówka ściany kiszki spełnia pracę niepomiarną bądź z tych, bądź z innych względów, ulega nakoniec wyczerpaniu, lecz również gdy wystąpi porażenie mięśniówki z innej przyczyny, wywołuje to niedrożność.

Samo skrzyżowanie odcinków okrężnicy esowatej do 180° nie prowadzi w wielu razach do zgoła żadnych następstw niepomysłnych, a z drugiej strony znane są przypadki, w których niedrożność występuje — bez skrzyżowania się odcinka doprowadzającego z odprowadzającym.

Delatour opisał dwa przypadki, przebiegające z objawami ostrej niedrożności przewodu pokarmowego; jeden dotyczy pacjenta 70-cioletniego, chorego na zapalenie płuc, który miał objawy niedrożności kiszki z bolesciami, wzdęciem brzucha i wymiotami kałowymi.

Badanie pośmiertne wykryło: jelita cienkie i grube wypełnione płynnym kałem, okrężnica zstępująca zepchnięta ku miednicy małej, esica pusta, pomiędzy pierwszą i drugą załamanie.

Drugi przypadek dotyczy chorego z zaparciem nawykowym; między okresami zaparcia bywały obfite biegunki, trwające kilka dni z rzędu. Przez ostatnie dwa tygodnie zaparcie stolca zupełne; brzuch był wzdęty tylko nieznacznie, guza, ani punktów bolesnych badanie nie wykrywało, odbytnica była próżna, około 4 cali powyżej zwieracza jakgdyby przewiązana. W przebiegu operacji znaleziono: rozdęcie okrężnicy, która,

przechodząc w esowatą, pustą, zagina silnie tę ostatnią, co było powodem niedrożności; żaden ucisk zewnętrzny przytem na ścianę kiszki nie działał. Gdy uniesiono esicę, wypełniła się ona zaraz aż do odbytnicy.

Krezkę okrężnicy esowatej przyszyto do ściany brzucha i zaparcie odtąd ustąpiło.

Laroque spostrzegał chorobę, która w wieku młodocianym przeszła lekką dysenterję; w jakiś czas potem wystąpiły podczas tańca ostre bóle z nudnościami i wymiotami, lecz na drugi dzień poza ogólną bolesnością brzucha czuła się dobrze. Przez szereg lat potem — zaparcia coraz większe, od czasu do czasu napady zupełnej niedrożności. Wlewania i środki czyszczące zawsze sprowadzały duże cierpienia. Niekiedy krwawiła z kiszki, przy stolcu wydzielala dużo śluzu. W celach leczniczych wycięto jej wyrostek robaczkowy, przyszywano macicę do ściany brzucha. W szpitalu, gdzie szukała wreszcie pomocy, spostrzegano kilka z rzędu napadów ostrej niedrożności. Wrażliwość brzucha na obmacywanie większa była w okresach pomiędzy napadami na stronie prawej, cała okrężnica rozdęta, wymacalna. Za pomocą wziernika odbytnicowego widziano guz ograniczony, który podczas zabiegu okazał się wypukleniem śluzówki w miejscu przyczepu bardzo krótkiej krezki. Po nacięciu tej ostatniej łatwo sprowadzono kał aż do odbytnicy, a trzeciego dnia po operacyi otrzymano obfite i bezbolesne wypróżnienie po zażyciu środka czyszczącego i wlewaniu.

Jako inne przyczyny, usposabiające do zawężenia okrężnicy esowatej, przytaczają jeszcze autorowie ogólny brak podściółki tłuszczowej w ścianie brzucha, krezce i sieci, co jakoby działa na drodze powiększenia się ogólnej pojemności jamy brzucha. Gdyby pojemność jamy brzucha miała istotnie jakiś wpływ rozstrzygający, musielibyśmy zawężenie okrężnicy esowatej widywać u kobiet, zwłaszcza wieloródek, częściej, niż u mężczyzn, że jednak mężczyźni o wiele częściej podlegają temu cierpieniu, przeto możemy wpływ ogólnej pojemności na powstawanie zawężeń śmiało odrzucić.

Wilms sądzi, że skrzyżowanie ramion okrężnicy esowatej o 180° zależy od nierównomiernego ich wypełnienia, od pozycji ciała, ciężaru sąsiednich jelit i t. p. Ma się to odbywać tak samo, jak skręt guzów uszypułowanych, a więc bez zmiany

miejsca: pętla esicy pozostaje, gdzie była, tylko odcinek doprowadzający przeważa się na prawo, a potem odprowadzający, cięższy, gdyż więcej wypełniony, robi znów ruch na prawo — i tym sposobem powstaje zawężenie zupełne.

O ile rozumiem myśl Wilmsa, ma się to wszystko odbywać w sposób bierny, jak autor sam się wyraża — „mniej więcej przypadkowo“, przyczem udział przyczynowy tłoczni brzusznej i urazów zewnętrznych stawia na miejscu dalszem, i to z zastrzeżeniami.

Natomiast twierdzi Schlange, że obok danych anatomicznych potrzebny jest współudział siły zewnętrznej, by nastąpiło zawężenie.

Bloodgood przedstawia sobie mechanizm zawężenia esicy w sposób następujący: pierwszym momentem przyczynowym jest fermentacja w kiszce, wytwarzająca duże ilości gazu; pętla, wypełniając się gazem, unosi się ku górze na podobieństwo ciężarnej macicy, co powoduje zagięcie w miejscu połączenia odcinka górnego okrężnicy esowatej z okrężnicą zstępującą, a potem ramię dolne, wypełniając się w dalszym ciągu, usuwa się ku lewej stronie, gdzie napotyka opór najmniejszy, obchodzi tym sposobem ramię górne i, wyminawszy je, wytwarza zawężenie. Teoria Bloodgooda mogłaby objaśniać zawężenie w tych razach, gdzie okrężnica esowata stoi wysoko, zajmuje lewą połowę brzucha i kieruje się wprost ku górze, odpowiadając położeniu a) w szemacie Samsona, albo też gdy istnieją takie specjalne warunki anatomiczne, jakie napotykamy w spostrzeżeniu Thomsona. Tu mężczyzna 70-cioletni, przedtem zawsze zdrowy, doznał naraz gwałtownego bólu „jak od pchnięcia nożem“, z czasem powstało wzdęcie ogólne, a ból trwał, nasilając się chwilami, największy w okolicy pępka. Codzień występowały wymioty, a zaparcie było zupełne. Wlewanie wody do odbytnicy nie udaje się wcale, gdyż odpływa ona z powrotem. Zabieg, wykonany po dniach 9-ciu, wykazuje: zawężenie okrężnicy esowatej, która oprócz tego była uwięziona w głębokim fałdzie otrzewnowym pomiędzy pęcherzem moczowym i odbytnicą.

Gdy jednak nie ma tych specjalnych warunków, a zwłaszcza, gdy okrężnica esowata układa się w postaci litery O, nie można przypuszczać, że zawężenie nastąpi dopiero po znacznie-

szem rozdęciu się obu odcinków i przytem bez współdziałania siły, pochodzącej od zewnątrz. Tak samo jest rzeczą niemożliwą, by drożność okrężnicy esowatej była już zniesiona w tych razach, kiedy pierwsze objawy powstają podczas oddawania stolca lub w przebiegu biegunki.

Osobiście niczem nie potrafiłbym lepiej wytłomaczyć sobie mechanizmu powstawania zawężenia wogóle, jak właśnie działaniem tłoczni brzusznej na pętle, nierównomiernie wypełnione ciałem sprężystym — płynem i gazem. To samo sądzę o okrężnicy esowatej, która bywa ściśnięta w takich razach między ścianą brzucha i resztą jelit, również sprężystych, przy czem nierównowaga między jej odcinkami zaznacza się zawsze bez względu na to, czy dolny, czy też górny jest bardziej wypełniony: skutek zniesienia równowagi polega na ruchu w kierunku mniejszego oporu; na takiej właśnie nierównowadze oporu polega ruch obrotowy turbin.

Baer w swoim referacie zbiorowym wylicza następujące bezpośrednie przyczyny zawężenia esicy: wysiłki cielesne, podnoszenie ciężarów, błędy w pożywieniu, szok, wydymanie się przy stolcu, szybki ruch ciała, ciężką pracę, urazy, nagle występującą biegunkę, wlewanie wody w celach leczniczych, spożycie wisien z pestkami, czerwie kiszkowe.

Skrzyżowanie się odcinków esicy o 180° , zwane zawężeniem fizyologicznem, może wcale nie powodować ograniczenia drożności, aż póki nie dołączają się inne przyczyny, zdolne wyrzucić dodatkowo wpływ niepomyślny. Gdy np. odcinek doprowadzający wypełnia się nagle, dolny może ulec uciśnięciu, lub też, gdy mięśnie w ścianie esicy nagle osłabły, przeszkoda względna przyjmuje charakter bezwzględnej.

Gdy podstawa krezki esowatej jest bardzo krótka, gruba i niepodatna, skrzyżowanie ramion esicy może odrazu spowodować niedrożność.

Ries podnosi okoliczność, że szybkość występowania zgorzeli zależy nie tyle od stopnia zawężenia, ile od stanu krezki; o ile ta jest twardsza, o tyle łatwiej powoduje się wówczas zatamowanie krążenia krwi w naczyniach krwionośnych i zgorzel może występować nawet bez właściwego zawężenia, gdy z drugiej strony zawężenie o 270° niezawsze prowadzi do zgorzeli. Jak wiadomo, niedrożność naczyń może nawet bez zwę-

żenia światła jelita wywołać objawy niedrożności przewodu pokarmowego.

Wilms zgadza się, że skrzyżowanie odcinków o 180° może być powodem niedrożności, jednak z zastrzeżeniem, by dolny leżał wówczas na wierzchu. Wszystkie przytaczane przez siebie z piśmiennictwa przypadki, w których wobec zupełnej niedrożności esicy dla kału i gazów udawało się wlewanie większych ilości wody, albo też przeprowadzenie rury gumowej poza wysokość, na której cieśń leży prawidłowo, tłumaczy ten autor jako przykłady załamania, zależącego od blizn u podstawy krezki oraz rozdęcia okrężnicy esowatej gazami.

Spostrzeżenie Karczewskiego dowodzi, że skręt okrężnicy esowatej o 180° jest zdolny wywołać objawy niedrożności; niestety, z opisu tego nie można wywnioskować, który mianowicie odcinek owej kiszki znajdował się na wierzchu. W jednym z moich przypadków było zawężenie o 180° z górnem ramieniem na przodzie, mimo to wystąpiły objawy zupełnego zamknięcia światła, jak sądzę, wskutek urazowego porażenia mięśni kiszkowych. Przypadek ten będzie omówiony bliżej w kazuistyce pod № 8.

Podług Wilmsa, okrężnica esowata zawężlona zwykle wklonowywa się między podżebrze i miednicę, zajmując lewą połowę oraz środek brzucha; wątroba bywa wtedy przesunięta na prawo, żołądek na lewo, sieć i poprzecznicą ku górze, okrężnica zaś zstępująca przylega do tylnej ściany brzucha, a prawą połowę jamy brzucha zajmują jelita cienkie. Te ostatnie są puste, ich wzdęcie znamionuje początek zapalenia otrzewnej; rozdęta jest jeszcze conajwyżej okrężnica zstępująca. Przykłady wzdęcia całej okrężnicy aż do kątnicy uważa Wilms za wyjątkowe.

Natomiast Ries twierdzi, że kiszka ślepa rozdyma się zaraz po okrężnicy esowatej, niekiedy dosiegając grubości uda dorosłego człowieka, że nawet może pęknąć, zanim ucierpi sama okrężnica esowata.

W przypadkach Delatoura, opisanych wyżej, silne rozdęcie obejmowało całą okrężnicę, w jednym—nawet jelita cienkie.

Miedzy przypadkami, operowanymi osobiście, raz tylko zanotowałem częściowe rozdęcie i przekrwienie jelit cienkich; chory zmarł później na zapalenie otrzewnej. Kątnica, ilekroć

miałem ją w rękach, była pusta; wyjątek stanowi przypadek № 8, gdzie mogłem ją wymacać osobno przez powłoki brzuszne obok bardzo wielkiej i bardzo rozszerzonej okrężnicy esowatej.

Możnaby przypuszczać, że jeżeli wzdęcie zależy od rozkładu zawartości kiszek, to pozostaje ono w prostym stosunku do ich wypełnienia. Z tem jednak trudno godziłby się fakt, że skręcona esica niekiedy nie zawiera nic, oprócz gazu.

Wilms powiada, że rozdęcie całej okrężnicy spotykamy wtedy, gdy naczynia krezki esowatej pozostają drożne; w przytoczonym powyżej z własnej kazuistyki przypadku № 8 krwiociąg w krezce w samej rzeczy nie był naruszony.

W zawężeniu esicy biorą udział sąsiednie odcinki okrężnicy zstępującej oraz odbytnicy, o ile posiadają własne krezki.

Wyżej 360° skręca się esica tylko wyjątkowo; znane są jednak spostrzeżenia, w których szypuła okrężnicy esowatej wykonała całkowity obrót trzykrotnie, a powaga Eppingera, który opisał jeden z takich przypadków, wyłącza wszelkie powątpiewanie na ten temat.

W wielu razach naczynia nawet po dłuższem trwaniu zawężenia pozostają drożne, bez względu na stopień zawężenia. Blake opisał 63-letniego chorego, operowanego z powodu zawężenia okrężnicy esowatej trzykrotnie; pierwszy raz objawy niedrożności trwały 5 dni, zawężenie o 360°, trzeci raz — 3 dni wobec dwukrotnego zawężenia o 360°, mimo to zgorzel nie wystąpiła i ściana кишки była odżywniona dobrze.

W innych razach zgorzel кишки występuje już w ciągu pierwszej doby choroby, a nawet po 12 godzinach jej trwania, jak miałem sposobność stwierdzić to osobiście.

Największemu rozdęciu ulega kopuła okrężnicy esowatej, jak sądzę — dla tego, że posiada potem najlepsze warunki mechaniczne. Bowiem, rozpatrywana w płaszczyźnie własnej krezki, może rozszerzać się w trzech rozbieżnych kierunkach, gdy dla innych punktów, leżących wzdłuż krezki, możliwy jest jeden tylko kierunek, mianowicie — odśrodkowy. W innych płaszczyznach warunki są, oczywiście, jednakowe dla wszystkich punktów obu ramion i kopuły.

Gdy okrężnica esowata jest tak długa, że nastąpi istotne

jej wkliniowanie między miednicę i przeponę, ta ostatnia odpycha się i unosi ku górze, niekiedy nawet bardzo znacznie.

Czasami dochodzi do tego, że rozdęta kiszka wygina się pałakowato, gdyż wyprostowana nie mogłaby się pomieścić; widywano np. kopułę esicy w lewym podżebrzu, a dolne połowy jej ramion w prawym podbrzuszu, wskutek czego brzuch wydawał się niesymetrycznym, ukształtowanym niejako w literę S. Pomiedzy własnymi przypadkami spostrzegałem brzuszy kuliste, lejowate (u góry szersze) i przedzielone brózdą poprzeczną na wysokości pępka. Rzecz prosta, zależy to od ułożenia obu ramion okrężnicy esowatej oraz od stosunku między długością rozdętej okrężnicy esowatej i jamy brzusznej. Kształt lejowaty zależy np. od tego, że rozdęta kopuła zajmuje nadbrzusze, a oba ramiona кишки, leżące niżej obok siebie, wyginają się ku tyłowi. Gdy jelita cienkie, stłoczone w podbrzuszu, zostaną odepchnięte ku przedniej jego ścianie, powstaje na brzuchu bróзда poprzeczna.

Nadbrzusze może być wzdęte do tego stopnia, że wznosi się na szerokość kilku palców ponad łuk żebrowy. Wilms przytacza spostrzeżenie Kocha, gdzie obwód brzucha wynosił w okolicy biodrowej 82 cm., na wysokości pępka $92\frac{1}{2}$, między pępkiem i mostkiem 98, na wysokości zaś łuku żebrowego — 108 cm.

Rozdęta okrężnica esowata jest nieruchoma — na czym polega objaw Wahla; obecność ruchu robaczkowego dowodziłaby raczej, że przerwanie drożności nie jest zupełne.

Podług świadectwa Wilmsa, Obaliński uznaje obecność ruchu robaczkowego i wtedy, gdy bóleci nasilają się chwilami i słyhać przytem szmery kiszkowe. Objawy takie widziałem u kilku chorych; wyraźniejszy ruch robaczkowy spostrzegałem w przypadku № 8, gdzie było tylko skrzyżowanie się odcinków кишки.

Niekiedy udaje się wymacanie bezpośrednie okrężnicy esowatej, do czego jednak potrzebny jest brak napięcia ściany brzusznej. W razach silnego rozdęcia кишки zawężłonej i znacznego napięcia ściany brzucha posługuję się połączeniem obmacywania z wypukiwaniem w sposób następujący: prowadzę po ścianie brzucha rękę, przebierając szybko palcami, umiarkowanie wyprostowanymi, jak na klawiaturze; кишки, wypełnione

prawidłowo, dają przytem ogłos stłumiony, wzdęte zaś — wybitnie bębenkowy.

Różnica jest tak wyraźna, że można jaknajdokładniej umiejscowić wzdęte części. Na nienapiętym brzuchu udawało mi się stwierdzić objaw Wahla: wymacać rozszerzoną, nieruchomą pętlę, która nie zmienia miejsca. Wilms twierdzi, że udaje się nawet wymacanie brzozy pomiędzy obu odcinkami.

Ból początkowy zwykle występuje nagle, i jest przeważnie gwałtowny, niekiedy pozostając w tem samym nasileniu czas dłuższy, to znowu znika, by po pewnym czasie powrócić. Widziałem chorych, którzy w drugiej dobie od początku choroby jęczeli bezustannie, wzywając śmierci wybawicielki, lecz spostrzegałem i takiego, który już po upływie 12 godzin cierpiał najwięcej od uczucia dręczącego rozpierania pod piersiami i duszności, gdyż ból, gwałtowny i dojmujący początkowo, był się już poniekąd uspokoił; podczas zabiegu krwawego, do którego przystąpiono niezwłocznie, znaleziono kiskę esowatą w stanie zupełnej zgorzeli (przyp. № 7).

O podmiotowem umiejscowianiu bólu nic stałego powiedzieć nie można; niekiedy chory uczuwa go w nadbrzuszu, albo w pępku, to znowu umiejscawia go w prawej albo lewej połowie podbrzusza, albo w lewej okolicy lędźwiowej, jak w przypadku, opisanym przez Bloodgooda.

W jednym z moich spostrzeżeń (№ 10) były początkowo gwałtowne bóle całego brzucha, lecz po dniach paru chory wskazywał przeważnie na ból w lewej okolicy lędźwiowej; ból ten był stały i zjawiał się, gdy chory zaczął gorączkować, być przeto może, iż zależał od wtórnego zapalenia krezki.

Boleści bywają niekiedy połączone z parciem na dół, przy czem zwieracz może być rozluźniony i odbytnica rozszerzona, jak we wgłobieniach, i może wydzielać się z odbytu śluz albo krew. W jednym przypadku widziałem zwieracz wrażliwy i zaciśnięty kurczowo.

Wymioty mogą wystąpić odrazu i trwać nadal, albo też po pewnym czasie ustać zupełnie, mogą przyłączyć się dopiero po dniach kilku, albo może nie być ich wcale aż do śmierci. Wogóle — wymioty uporczywe kładą autorowie raczej na karb zapalenia otrzewnej, niż samej przeszkody mechanicznej. Do wymiotów kałowych dochodzi rzadko; podług Schlangeo, ja-

kość wymiocin nie daje żadnej wskazówki co do umiejscowienia przeszkody, gdyż charakter kałowy zawdzięczają one rozkładowi gnilnemu, zabarwienie—domieszcze żółci, pochodzą zaś zawsze z górnych odcinków przewodu pokarmowego. Janowski podnosi również, że „wymioty kałowe są objawem ostrego, zupełnego zamknięcia światła kiszek, bez względu na to, gdzie drożność kiszek została przerwana, nie wyłączając jelita czczego, oraz bez względu na przyczynę, która niedrożność tę wywołała“.

Również czkawka nie jest objawem ani stałym, ani koniecznym; spostrzegałem chorych, którzy ani czkawki, ani wymiotów nie mieli, lecz odbijało im się gorzką lub cuchnącą cieczą.

Objawy zapaści, występujące już-to wcześniej, już-to później, tłumaczą Budberg i Koch, podług świadectwa Baera, wchłanianiem wytworów rozkładu zatrzymanej zawartości kiszek, nie zaś „mistycznym shokiem lub jakimś odruchowym porażeniem nerwów kiszkowych“. Muszę tu zaznaczyć, że nie którzy chorzy, operowani przezemnie pod groźbą zapaści, z oddechem przyśpieszonym i powierzchownym, tętnem częstym, a nawet wypadającym, oraz sinicą, wyraźnie poprawiali się z chwilą uśpienia.

Do stałych objawów w zawężeniu esicy należy zaparcie, które zazwyczaj występuje odrazu; niekiedy po wlewaniach udaje się otrzymać drobne ilości kału, kilku zaś autorów opisało przypadki biegunki, poprzedzającej zaparcie, przyczem kał był zmieszany z krwią, nawet bardzo obficie.

Badanie palcem przez odbyt wykazuje w pewnych razach obecność sprężystego ciała, uciskającego górną część odbytnicy od przodu. Wilms kładzie nacisk na wynik badania przy pomocy kanki gumowej i wlewania do odbytnicy wody; gdy kanka wchodzi wysoko, albo gdy udaje się wprowadzić do odbytnicy więcej niż $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ litra wody, zawężenie esicy można, zdaniem jego, wyłączyć; sam jednak przestrzega, że są osoby, które i w warunkach prawidłowych nie utrzymują większych ilości wody. Dodałbym do tego, że wprowadzenie zgłębnika do okrężnicy esowatej albo poza nią nie jest u każdego człowieka łatwo wykonalne. U niektórych chorych widziano zmniejszenie się ilości moczu, a nawet zupełne zatrzymanie tegoż; mocz może zawierać indykan i białko.

Tętno ma bywać tylko częste i drobne, lecz pozatem prawidłowe; na zasadzie własnego spostrzegania zaprzeczyć temu muszę, gdyż widywałem tętno przepuszczające wyraźnie, które po zabiegu stawało się wkrótce miarowem.

Eliot powiada, że zawężenie okrężnicy esowatej daje, w przeciwieństwie do zawężenia innych jelit, objawy, rozwijające się powolnie, a w przypadkach, gdy zawężenie jest umiarkowane, przypominające niedrożność przewlekłą. O ile zgodzić się można w zupełności z twierdzeniem ostatniem, o tyle pierwsze nie jest słuszne. Widziałem pacjentów, którzy odrazu robili wrażenie bardzo ciężko chorych: sinica warg, głos przytłumiony, oczy podkrążone, tętno drobne i częste, oddech powierzchowny, wyraz twarzy przerażony i znamionujący wielkie cierpienie — oto obraz, jaki przedstawiali oni już po kilku godzinach.

Propozycję zabiegu krwawego, połączonego z otwarciem jamy brzusznej, przyjmowali tacy chorzy bez namysłu. O ile chory z cierpieniem przewlekłym z góry jest zdecydowany poddać się operacyi, o tyle po krótkich cierpieniach decyduje się na nią tylko wtedy, gdy cierpienie przechodzi jego siły.

Co się tyczy płci i wieku pacjentów, powiedzieć można, że zawężenie okrężnicy esowatej spotyka się u kobiet wogóle dosyć rzadko, u mężczyzn zaś rzadko przed rokiem 30-ym.

Baer przytacza tablice statystyczne autorów następujących:

| | | | |
|-----------|-----------|------|----------|
| 1. Braun. | Przed r. | 20 — | 2 przyp. |
| | 20 — | 30 — | 6 |
| | 30 — | 40 — | 11 |
| | 40 — | 50 — | 6 |
| | 50 — | 60 — | 12 |
| | po 60-ciu | — | 9 |
| | Razem | | 46 |

| | | | |
|------------------|-----------|------|----------|
| 2. Lichtenstern. | Przed r. | 10 — | 1 przyp. |
| | 28 — | 40 — | 6 |
| | 45 — | 60 — | 20 |
| | po 60-ciu | — | 7 |
| | Razem | | 34 |

| | | |
|-------------------|--------------|--------|
| 3. Kuhn. Przed r. | 11 — 20 — 6 | przyp. |
| | 21 — 30 — 6 | |
| | 31 — 40 — 17 | |
| | 41 — 50 — 19 | |
| | 51 — 60 — 19 | |
| | 61 — 70 — 12 | |
| | 71 — 80 — 4 | |
| | 81 — 90 — 1 | |
| | <hr/> | |
| | Razem | 84 |

Z własnego zestawienia Baera pochodzą liczby następujące:

| | | |
|----------|-----------------|-------------------------|
| Przed r. | 10 — 4 | przyp. |
| | 11 — 20 — 8 | |
| | 21 — 30 — 10 | |
| | 31 — 50 — 60 | |
| | 51 — 70 — 63 | |
| | po 70-ciu — 12; | z tych po 79 lat — 2 p. |
| | <hr/> | |
| | Razem | 157 |
| | | i 85 lat — 1 p. |

Podług tej ostatniej tablicy wypada, że $\frac{6}{7}$ liczby ogólnej stanowi okres, rozpoczynający się od 31-go roku życia.

Podług obliczenia Trevesa stosunek przypadków męzkich ma się do żeńskich, jak 80:20, Lichtenstern oznacza ten stosunek jak 73:27 (Wilms), Baer zaś jak 75,5:22,5.

Moi pacyenci byli to sami mężczyźni w wieku lat: 25, 40, 44, 49, 50, 50, 50, 53, 60, 80.

Historye choroby.

Przypadek № 1. Mikołaj S., lat 49, robotnik kolejowy, zapisany 5 lutego 1903 r. (szp. Ś. Trójcy), № operacji 55.

Chory wzrostu średniego, budowy ciała prawidłowej, odżywiony umiarkowanie. Przed trzema laty pierwszy napad, podobny do obecnego: nagły ból brzucha, brak stolca i wiatrów, czkawka, wymioty; po dwóch dobach i po leku przeczyszczającym choroba znikła. Odtąd jeszcze jedno zaśłabnięcie z takimi samymi objawami, które przeszło po dwóch dobach, gdy zażył olej rącznikowy. Zresztą poważniej nigdy jakoby nie chorował, biegunek nie miewał, bólów brzucha ani zaparcia poza napadami wzmiankowanymi nie doznawał. Napad obecny rozpoczął się przed dwiema dobach, jak zwykle, nagłym bólem brzucha i zupełnem zatrzymaniem wiatrów

i stolca; odbijanie gorzkie, czkawka, rzadka wymioty zielonym płynem, parcie na stolec, które początkowo wypychało śluz bez domieszki krwi.

Tętno 56, ciepłota prawidłowa, wyraz twarzy mało zmieniony. Brzuch jakby przesnurowany poprzecznie na wysokości pępka; powyżej pępka wzdęcie i bębniący, a poniżej wypukiwanie daje odgłos prawie zupełnie stłumiony, aczkolwiek wydaje się, jak gdyby pewne części były cokolwiek więcej wypukłone. Bolesność dotykowa naogół niewielka, tylko w okolicy nadłonowej wyraźna. W punkcie Mc Burneya niema ani bolesności, ani napięcia ściany brzucha. Język wilgotny, nieobłożony. Zastosowano wlewianie z wody ciepłej z oliwą, co skutku pożądanego nie wywołało. Ku wieczorowi stan rzeczy gorszy: ciepłota $37,9^{\circ}$ C., tętno przyspieszone, bóleści i wzdęcie większe; głośnie jęki.

O 7-ej po południu operacja w uśpieniu chloroformowem. Cięcie w smudze, zaczynające się w nadbrzuszu i dochodzące do połowy odległości między pępkiem i spojeniem łonowym. W nadbrzuszu otrzewna ścienna zgrubiała, krucha, nacieczona tłuszczem. Z rany wylania się mocno rozdęta pętla, długa na pół metra, opatrzona taśmami podłużnymi, czerwona, przyczepiona obu końcami przy kręgosłupie o 2 – 3 palce poprzeczne powyżej linii grzebienia biodrowego; krezka jej bardzo wązka: oba ramiona kiszki stykają się, posiada mnóstwo sznureczkowatych nierówności, które kierują się ku obu odcinkom pętli; z ustawienia odcinków widoczny kierunek zawężenia z ramieniem górnym na wierzchu *). Rozkręcono kiszkę, wykonując obrót niepełny, nakłuto grubą igłą w okolicy kopuły i, po wypuszczeniu gazu, nałożono szew ciągły dwupiętrowy. Pozostała okrężnica rozdęta, zrośnięta z wątrobą i pęcherzem żółciowym, prócz tego są pozrastane jelita cienkie w różnych miejscach; wszystkie zrosty dostępne porozcinano. Odprowadzono okrężnicę esowatą, zaszyto ścianę brzucha.

Na stole operacyjnym zaraz otrzymano wypróżnienie rzadkim kałem, podobnym do zupy grochowej. Wstrzyknięto kofeinę i olej kamforowy.

D. 6 lutego. Tętno 88, miarowe, ciepł. $36,7^{\circ}$ C. Język wilgotny, nieco obłożony. W nocy spał, aczkolwiek niewiele i z przerwami. Brzuch wzdęty, gazy nie odchodzą; bóleści nie ma, lecz zrana wymioty żółciowe. Wprowadzono do odbytnicy gruby sącdek gumowy, przez który odeszło doraźnie trochę kału takiego samego, jak w czasie operacji. Wieczorem ciepł. 37° C., tętno 126, oddech przyspieszony. Wprowadzono sącdek, przez który odeszły wiatry i nieco kału. Choremu podawano strychninę z belladonną.

D. 7 lutego. Ciepł. $36,4^{\circ}$ C., tętno 140. Twarz żółtawa, bez wyrazu, język wilgotny. Brzuch wzdęty. Zwymiotowywał ciecz żółtą, lecz ma chęć do jadła i wskazuje na uczucie głodu. W ciągu nocy przez sącdek, pozostawiony w odbytnicy, odeszło około $\frac{1}{2}$ litra płynnego kału. O 8-ej wieczorem zmarł w objawach zapaści.

Badanie pośmiertne. W jamie brzucha niema ani kału, ani ropy. Jelita cienkie w górnej części pospajane między sobą i z tylną ścianą brzucha;

*) By uniknąć określenia: zawężenie na prawo, albo na lewo, co może być rozumiane dwojako, będą oznaczać, który odcinek przy powstawaniu zawężenia położył się na wierzchu.

zrosty dawnej daty. Poprzecznicą zrośniętą z żołądkiem i śledzioną; okrężnicą wstępującą oraz kątnicą ujętą w liczne zrosty, w których, w sąsiedztwie kątnicy, znaleziono stare, zaschnięte ziarno pomarańczy; wyrostek robaczkowy i końcowa część krętnicy przyklejone do ściany tylnej.

Z powyższego widać, że szczegóły, podane przez chorego w wywiadach, były niedokładne; znaleziono bowiem wyraźne ślady dawno przebytego zapalenia otrzewnej z przedziurawienia. Przypadek ten stanowi dowód rzeczowy, że zapalenie otrzewnej tego rodzaju nie zawsze kończy się śmiercią. Jestem skłonny do przypuszczenia, że pierwsze dwa napady niedrożności nie były zależne od zawężenia okrężnicy esowatej, lecz raczej od zrostów pozapalnych, utrudniających sprawność ruchową przewodu pokarmowego.

Przypadek № 2. Antoni P., lat 44, robotnik, zapisany wieczorem d. 6 stycznia 1904 r. (szp. Ś. Trójcy), № operacji 203.

Silnie zbudowany, dość dobrze odżywiony, przedtem zawsze zdrowy. Wczoraj rano, czując się zdrowym zupełnie, wyszedł w pole; gdy szedł po miedzy, obsunął się w bródę jedną nogą, przyczem doznał nagłego bólu w nadbrzuszu na stronie prawej. Ból zwiększał się stopniowo, wiatry i stolce zatrzymane, lecz wymiotów i czkawki wcale nie miał i nie ma. Mocz oddawał, lecz w ilościach małych. Język suchy, tętno 120, twarz blada, wyraz wyczerpania, głośno jęczy, skarżąc się na ból nieznosny. Brzuch ogólnie wzdęty, wznosi się na szerokość trzech palców ponad łukiem żebrowym. Parcia na dół nie odczuwa, na zabieg zgadza się odrazu, „rad nawet umrzeć, byle tak nie cierpieć“.

Uśpienie morfinowo-chloroformowe. Cięcie w smudze, zajmujące dolną połowę nadbrzusza i górną podbrzusza. W jamie otrzewnej znajduje się ciecz brudno-krwista. Część кишки grubej, złożona w dubeltówkę, rozdęta do objętości ramienia dorosłego człowieka silnej budowy, leży na wierzchu innych jelit od miednicy aż do podżebrza, zajmując przeważnie połowę brzucha lewą. Jest to okrężnica esowata i zstępująca, zawężlona cokolwiek ponad 360°; ściany obu odcinków bardzo cienkie, prawie jak papier, z licznymi wyboczynami pod otrzewną. Kierunek zawężenia nie został zanotowany.

Napięcie ścian кишки tak wielkie, że kiszka musiałaby pęknąć nieostrożnie uciskana, przeto cięcie brzucha przedłużono aż do wyrostka mieczykowatego, i teraz dopiero wyważono z wielką ostrożnością kopułę z pod łuku żebrowego; po rozkręceniu kiskę nakłuto i wypuszczono gaz, ukrywając potem otworek z nakłucia powstały w szwie dwupiętrowym.

Po opróżnieniu kiszka staje się ciemną, lecz ma powierzchnię lśniąca, otrzewna nie uszkodzona nigdzie. Jelita cienkie puste, różowe; w jednym miejscu świeże wgłobienie na szerokość czterech palców, które z łatwością

rozgłobiono przez pociąganie z obu stron. W krezce esicy dużo mniejszych i większych wybroczyn podotrzewnych. Esicę odprowadzono, zaszyto brzuch w 3 piętra. Na stole operacyjnym odeszło z odbytu około 100 cm³ krwi gęstawej, zmieszanej ze śluzem. Do odbytnicy wprowadzono gruby sącdek, przez który odeszły zaraz wiatry oraz ciecz krwista. Przez całą noc odpływał rzadki kał, który wypełnił dwa naczynia, mierzące po 1½ litra.

Chory zmarł nazajutrz o 9½ rano w objawach wzmagającej się wciąż zapaści, przeżywszy po zabiegu zaledwie 12 godzin.

Przypadek № 3. Roch A., lat 50, stróż leśny, zapisany d. 2 października 1906 r. (szp. Ś. Trójcy), № operacyi 707.

Budowy silnej i prawidłowej, odżywiony dobrze, uprzednio zdrów. Chory już od dni 4-ch; stolce i wiatry zatrzymane zupełnie, wymiotuje. W domu zażywał leki przeczyszczające, lecz je zwracał; stosował także wlewania, lecz woda odpływała nawet bez kałowego zabarwienia z powrotem. Przed chorobą dźwigał ciężary, lecz bólu nagłego nie uczył; początek choroby nie miał charakteru ostrego. Bóle w obu stronach brucha; tenże silnie wzdęty, ma kształt kulisty; odgłos wypukowy wszędzie bębnowy, ruchu pętlic jelitowych nie widać; obmacywanie brzucha ruchu robaczkowego nie wywołuje. Tętno przepuszczające. Odbytnica pusta, „ampulla“ rozszerzona, naciera na nią od góry ciało miękkie, jednak sprężyste. Cierpienia podmiotowe nie są wielkie, przeto na zabieg nie przystaje. Zastosowano wlewania wody ciepłej z oliwą w dużych ilościach, co wywołało obfite wypróżnienie.

D. 3 lutego. Język podsycha, lecz tętno równe, bez wypadania, 68; ciepł. r. 36,4° C, brzuch o wiele mniejszy i miększy.

D. 4 lutego. Miał zrana wypróżnienie, lecz nie obfite, brzuch znowu bardziej wzdęty.

D. 6 lutego. W nocy odeszło jeszcze nieco kału; kilkakrotnie wymiotował; obecnie zaparcie stolca zupełne, bóle silne, brzuch równomiernie rozdęty, pod- i nadbrzusze jednakowo, formy kulistej. Tętno 70, przepuszczające. Wlewania pozostają bez skutku. Cierpienia duże, sam prosi o zabieg chirurgiczny. Uśpienie chloroformowe. Cięcie w smudze, od pępka do spojenia kości łonowych. Z rany wychyla się długa, rozdęta pętla z taśmami wzdłuż. Jest to esica, zawężlona u podstawy. Długość oraz stopień i kierunek zawężenia nie zanotowane; o ile pamiętam, do odwężenia potrzebny był obrót niepełny. Krezka wąska, pasemkowata, odcinek doprowadzający ma ścianę znacznie grubsza. Opróżniono kışkę z gazów przez nakłucie kışki, wykonane w dwóch miejscach trójgrańcem cienkim; otworki po nakłuciach obszyto. Kątnica i jelita cienkie były puste, wolnego płynu w jamie brzusznej nie dostrzeżono. Wobec nawrotu cierpienia, już po wprowadzeniu drożności zabieg doszczętny wydawał się wskazanym. Ponieważ sądzono, że niejednakowa grubość ścian oraz światła obu odcinków okrężnicy esowatej (górny był znacznie szerszy) mogą utrudnić zespolenie końca z końcem w przypadku wycięcia, poprzestano na wykonaniu szerokiego zespolenia bocznego między ramionami okrężnicy esowatej, co uskuteczniło przy pomocy zaciskadeł Doyena, szyjąc kışkę cienkim jedwabiem w 3 piętra szwem ciągłym. Kışkę odprowadzono, otrzewną wraz z powięzią spo-

jono szwem węzłkowym jedwabnym, na skórę nałożono klamerki metalowe Michela obok kilku ściągów jedwabnych dla odbarczenia. Do odbytnicy wprowadzono gruby sącze gumowy z bocznymi otworami, przez który odpłynęło doraźnie pół podstawki kału o wyglądzie zupy grochowej. Chory zniósł zabieg bardzo dobrze

D. 7 października. Tętno 72 przepuszczające. Brzuch opadł i jest miękki. Wczoraj po zabiegu odeszło dużo kału płynnego.

D. 8 października. Tętno 68, miarowe. Kał wciąż wydziela się obficie, nawet po usunięciu sączka, gdyż chory utracił kontrolę nad zwieraczem.

D. 9 października. Tętno 68, stan ogólny pomyślny.

D. 11 października. Stan ogólny bardzo dobry, wypróżnienia gęstsze, czynność zwieracza powróciła.

D. 12 października. Usunięto klamerki; rychłozrost, tylko w jednym szwie jedwabnym kropla ropy.

D. 4 listopada. Wypisany zdrowym. Przez cały czas nie gorączkował; najwyższa ciepłota wynosiła 37,2° C. w d. 11 października.

Przypadek № 4. Szymon B., lat 80, handlarz, zapisany w d. 7 grudnia 1906 r. (szp. Żydowski), № operacji 738.

Uprzednio zdrów. Od tygodnia stolec i wiatry nie odchodzą. Odczuwa silne parcie na dół, lecz wydziela tylko cokolwiek śluzu z odbytnicy. Bóle całego brzucha, trwające od pierwszych chwil choroby i stanowiące najpierwszy objaw obok początku nagłego. Wymiotów nie było dotąd, lecz czkawka częsta i głośnie. Brzuch kulisty, wzdęty ogólnie; obmacywanie miernie bolesne, jednak po badaniu bóle nasilają się. Ruchu kiszki nie widać, lecz słyszeć przelewanie się głośnie o dźwięku metalicznym. W prawej mosznie przepuklina wolna, nieduża; wprowadzić ją do brzucha można z łatwością, lecz zaraz wypada znowu.

Badanie odbytnicy w położeniu na czworakach — ujemne; powtórzone w ułożeniu grzbietowym wykrywa opór sprężysty od przodu. Stan ogólny zadawalający. Wobec długiego trwania zaparcia z objawami przeszkody mechanicznej obawiano się wlewania wody i nie probowano go. Chory i rodzina zgadzają się na wykonanie zabiegu.

Znieczulenie chloroformowe. Cięcie poniżej pępka przez pochwę m. prostego prawego, powyżej przechodzące w smugę. Jelita cienkie skurczone, puste. Jedna pętla opatrzona taśmami, długa, znacznie rozdęta; kopuła pętli tkwi pod wątrobą, oba odcinki złożone w dubeltówkę aż do podstawy, leżącej w lewej okolicy biodrowej. Podczas wyjmowania tej pętli z jamy brzusznej słyszeć bulkotanie; kiszka wydaje się dosyć ciężką, ściany obu ramion bardzo grube, napięcie ścian niezbyt wielkie; zawężenie polega na skrzyżowaniu (kierunek nieoznaczony). Długość pętli jest tak niezwykła, że, przewieszona przez prawy bok chorego, sięga poziomu stołu operacyjnego. Przez igłę, którą nakłuto kiszkę, gaz nie odchodzi; po przekłuciu nożem na kopule wypłynęła duża ilość płynnego, lecz sformowanego kału. Otwór zaszyto i wykonano zespolenie boczne obu ramion między zaciskadłami Doyena, poczem kiszkę odprowadzono i brzuch zaszyto: powyżej pępka w jedno przez wszystkie warstwy, poniżej w 3 piętra. Do odbytnicy włożono sączek, przez który kał zaraz zaczął odpływać.

Aczkolwiek pacjent zniósł zabieg dobrze, wstrzyknięto olej kamforowy dwukrotnie po 5 cm³, a w łóżku obstawiono go butelkami z ciepłą wodą. Wieczorem ciepł. 37,2° C.

D. 9 grudnia. Tętno 114, lecz dosyć silne, stan ogólny zadawalający, ciepł. r. 37°, w. 36,5° C. Kał odpływa przez sączek dosyć obficie.

D. 10 grudnia. Tętno 104, ciepł. 37° — 36,5° C. Kał wydziela się, lecz w ilościach mniejszych i ze śluzem. Brzuch wydaje się cokolwiek wzdętym, od nocy czkawka, język podsycha. Mocz w położeniu leżącym oddawać nie umie, przeto od chwili operacji opróżniano pęcherz cewnikiem.

D. 11 grudnia. Tętno 108, ciepł. j. w., język wilgotniejszy; w ciągu nocy opróżniano kaczkę z kału, wydzielającego się teraz obficie. Po usunięciu sączka kał spływa do łóżka, gdyż go chory utrzymać nie może.

D. 12 grudnia. Ciepł. r. 36,8°, w. 37°.

D. 13 grudnia. Ciepł. 36° — 57°, tętno 104. Sen dobry, również samopoczucie, wskazuje tylko na głód i wciąż domaga się obfitszego pokarmu.

D. 14 grudnia. Tętno 106, ciepł. r. 36,5°. Czuje się zupełnie dobrze, miewa teraz wypróżnienia naturalne, gdyż sprawność zwieracza powróciła.

Przed wieczorem, korzystając z nieobecności posługacza, wstał z łóżka, by oddać mocz do naczynia, gdyż wkładanie cewnika drażni go; przyspieszyło mu się niedobrze i padł na ziemię. Wieczorem ciepł. 38,5°.

D. 15 grudnia. Tętno 120, słabe, ciepł. r. 37,5°, język suchy, kaszel. Zmieniono opatrunek, przy pępku w linii szwu ropienie. Puszczono parę szwów i wyciśnięto nieco ropy o zapachu kałowym, wprowadzając potem gazę. Wstrzyknięto olej kamforowy podskórnice, do wewnątrz podano kamforę i strychninę. Wieczorem ciepł. 36,5° C.

D. 16 grudnia. Tętno wyczuwalne, lecz bardzo słabe. Ciepł. 37,5° — 37,8°.

D. 17 grudnia. Ciepł. r. 38,5°, tętno niewyczuwalne, w gardzieli głośnie rżenie, kał oddaje pod siebie; ilość kału duża. Rana przy pępku rozeszła się na szerokość trzech palców, widać przez nią jelito, pokryte białym nalotem.

Zmarł o g. 11 wieczorem. Pośmiertnie ze względów rytualnych nie badano; zresztą nie ulega wątpliwości, że przyczyną zejścia było zakażenie otrzewnej.

Przypadek № 5. Marcin K., lat 40, robotnik, zapisany d. 2 grudnia 1907 r., (szp. Ś. Trójcy), № operacji 905.

Upřednio zdrowy, miał w roku ostatnim kilka krótkotrwałych napadów bólesci brzucha w połączeniu z zaparciem. Chory od 3 dni, przyczyny wywołującej wskazać nie umie. Początek nagły: bólesci, zaparcie zupełne odrazu. Występuje czkawka, odbijanie gorzkie i cuchnące, wymiotów nie ma. Tętno 108, dosyć słabe. Brzuch wzdęty ogólnie, lecz zwłaszcza w nadbrzuszu, co nadaje mu kształt wielkiego leja. Pętlis oddzielnych przez powłoki brzuszne nie widać, ani też nie występują w czasie badania. Pierwsze bóle występowały w podbrzuszu blisko spojenia łonowego; i obecnie ta okolica najboleśniejsza. Odbytnica rozdęta, pierścien odbytu zacisnięty mocno i wrażliwy; kanały zasłonowe wolne, tylko obok prawego wyczuwa się jakiś guz sprężysty, nieduży; za palcem wypływa rzadki, szary śluz. Okolice podłoża

nowe po oku stronach niebolesne, symetryczne; zginanie, prostowanie i boczne ruchy kończyn dolnych bólu nie wywołują. Mocz oddaje w małych tylko ilościach. Ciępl. $37,4^{\circ}$ C. rano. Na zabieg przystaje.

Uśpienie chloroformem. Cięcie poniżej pępka przez pochewkę m. prostego prawego, powyżej przechodzące w smugę. W jamie otrzewnej płyn mętnawy z domieszką krwi. Jelita cienkie nieco przekrwione, lecz wzdęte bardzo nieznacznie. Pod wątrobą kopuła olbrzymio rozdętej pętli, o ścianach zgrubiałych zwłaszcza w odcinku doprowadzającym; ściany opatrzone taśmami. Podstawa leży w lewej okolicy biodrowej. Po wydobyciu na zewnątrz stwierdzono skręcenie o stopni mniej więcej 240, z ramieniem górnym na wierzchu. Barwa kiszki ciemna, kopuła rozszerzona do rozmiarów żołądka człowieka dorosłego. Nakłuto nożem, wypuszczając gaz, kału odeszło zaledwie kilkanaście kropel. Otwór zamknięto zaciskadłem i dokonano wycięcia 40 cm. kiszki między zaciskadłami Doyena. Krezka była niezbyt wązka, naczynia jej popodwiązywano, a potem dolny i górny koniec spojono szwem. Na śluzówkę kiszki nałożono rzadki szew węzełkowy, następne piętro ujmuje ścianę kiszki aż do śluzówki, igła jest wykluwana w linii cięcia, szew ciągły. Drugie piętro szwu ciągłego chwyta surowiczą i część mięśniówki, przechodzi na obie powierzchnie krezki. Kiszkę odprowadzono, zaszyto ścianę brzucha powyżej i dookoła pępka grubym jedwabiem w jedno piętro, poniżej z piętra struną jodową na pochewkę mięśnia prostego, na skórę zaś klamerki metalowe obok kilku ściągów odbarczających jedwabnych. Po nałożeniu opatrunku wprowadzono do odbytnicy dwa sączki, przez które odeszło doraźnie około 4 uncyi kału; przemyto ostrożnie ciepłą wodą. Wieczorem ciępl. $37,4^{\circ}$ C.

D. 22 grudnia. Tętno 120, ciępl. r. $37,5^{\circ}$, w. 37° C. Spał dosyć dobrze. Nie wymiotował, odbijanie znacznie mniejsze; pije chętnie mleko kwaśne. Do odbytnicy wprowadzono gruby sączek; po odejściu wiatrów i kału (około $\frac{1}{2}$ szklanki) przepłukano ciepłą wodą. Sączek pozostał; przez cały dzień sączył się rzadki kał.

D. 23 grudnia. Tętno 80, ciępl. r. $36,4^{\circ}$, w. $36,6^{\circ}$. Spał dosyć dobrze; Sączek był na czas nocy wyjęty; odbytnicę przepłukano, jak poprzednio. Popołudniu znowu wprowadzono sączek i pozostawiono do wieczora; doraźnie otrzymano pół podstawki kału.

D. 24 grudnia. Tętno 90, ciępl. r. $37,6^{\circ}$, w. $39,2^{\circ}$, lecz stan ogólny dobry, tylko wystąpił kaszel. Podano do wewnątrz kamforę z chininą i kofeiną.

D. 25 grudnia. Ciępl. $36,7^{\circ}$ — 38° C., zresztą stan j. w.

D. 26 grudnia. Tętno 88, pełne, ciępl. r. $37,2^{\circ}$, w. $37,1^{\circ}$ C. Ze strony brzucha dolegliwości nie ma, język wilgotny. Kał odchodzi dobrze. Chory tylko kaszle i obficie odpluwa. Podano środek odkrztuśny z tiokolem, w miksturze. Zmieniono przekręcony opatrunek, stwierdzając nieznaczne tylko wzdęcie w podbrzuszu lewym, na dotykaniu niebolesne.

D. 27 grudnia. Tętno 82, ciępl. r. $36,4^{\circ}$, w. $37,2^{\circ}$. Wiatry odchodzą, wypróżnienia naturalne, męczy tylko kaszel.

D. 28 grudnia. Tętno 74, nie gorączkuje, wskazuje tylko na kaszel.

D. 29 grudnia. Stan pomyślny, bo i kaszel ustępuje. Zdjęto szwy: zagojenie doraźne, brzuch płaski, niebolesny.

D. 10 stycznia 1908 r. wypisany zdrowym.

Przypadek № 6. Władysław P., l. 25, szewc wioskowy, zapisany 29 kwietnia 1908 r., (szp. Św. Trójcy), № operacji 967.

Chudy, budowy szczupłej. Chory mniej więcej od 12-tu godzin; wyszedłszy zrana, by oddać stolec, doznał w czasie tego aktu gwałtownych boleści, do których dołączyły się wkrótce wymioty, a później czkawka. Brzuch wzdęty z brózdą poprzeczną na poziomie pępka; powyżej i poniżej brózdki bębniaca wyraźna. Chory wciąż jęczy i narzeka, nęka go czkawka. Zaparcie zupełne od pierwszych chwil choroby. Dotykanie brzucha zwiększa boleści; ból największy w nadbrzuszu, w połowie lewej. Kurczących się jelit przez powłoki brzuszne nie widać. Wymiotuje ciecżą wodnistą, prawie bezbarwną. W odbytnicy miękki kał, od przodu napiera na nią jakieś ciało sprężyste. Tętno 120, ciepł. 37,8° C. (wieczorem)

Wobec ciężkiego stanu chorego przystąpiono zaraz, t. j. o 10 tej wieczorem, do zabiegu.

Uśpienie morfinowo-chloroformowe. Cięcie poniżej pępka otwiera pochewkę m. prostego lewego, powyżej przechodzi w smugę. W jamie brzusznej płyn ciemny, mętny, cuchnący. Część jelit cienkich przekrwiona i rozdęta, część — spadła, biała. Od miednicy do nadbrzusza — silnie rozdęta esica, zawężlona u podstawy prawie o 360°, z odcinkiem dolnym na wierzchu, miejscami czarna i matowa. Po wyważeniu na zewnątrz i rozkręceniu, stwierdzono, że ściana części górnej uległa zgorzeli na przestrzeni 15 cm., a w części dolnej, blisko odbytnicy, znajduje się plama czarna wielkości rubla srebrnego; reszta кишки przekrwiona tylko i rozdęta. Przekłuto trójgranicem dla wypuszczenia gazu, potem otworek zaciśnięto i dokonano wycięcia 59 cm. кишки, spajając odcinki pozostałe szwem trzypiętrowym doraźnie. Szew piętra zewnętrznego przechodził na kreskę. Szycie było utrudnione, gdyż kreska odcinka górnego była tak krótka, że wypadło szyc głębokowo wewnątrz jamy brzusznej. Kreska odcinka dolnego miała długość znacznie większą; w kierunku kopuły kreska rozszerzała się, zwężając ku podstawie, tak, że cała esica składała się w kształt litery O.

Szew powłok powyżej pępka przez wszystkie warstwy jedwabiem, poniżej ze struny jodowej na obie blaszki pochewki mięśniowej; skórę spojono klamerkami Michela obok ściągów odbarczających jedwabiem; w dolnym końcu cięcia przeprowadzono dwa szwy przez warstwy głębsze, lecz na razie nie związano, by wprowadzić do jamy brzusznej sącdek z gazy suchej, zwinięty w cygaretkę. Po opatrzeniu, włożono do odbytnicy gruby sącdek, przez który odeszła doraźnie pełna podstawka kału; odbytnicę przez sącdek przepłukano.

D. 30 kwietnia. Ciepłota 36,8° — 37,4°, tętno 100, język suchy. Kał odpływa dosyć obficie.

D. 1 maja. Ciepł. 36,2° — 36,6° C. Język wilgotniejszy, lecz tętno przyspieszone, 108. W nocy doznawał męczącego gniececia w dołku; po wymiotowaniu płynu zielonego doznał ulgi. Zmieniono opatrunek; sącdek, wyjęty z rany, okazał się czystym, szwy związane. Stwierdziwszy wzdęcie nadbrzusza, przepłukano żołądek.

D 2 maja. Ciepł. jak wczoraj, tętno 96. Język podsychający, czkawka. W nocy spał nieźle, bóleści nie doznaje, wymiotów nie było, tylko żołądek jeszcze wzdęty.

D. 3 maja. Ciepł. $37,2^{\circ}$ — $37,4^{\circ}$, tętno 100, lecz równe i dosyć silne. Język obłożony, ale wilgotny; odeszły wiatry, jednak wymiotuje znowu. Przeplukano żołądek kilkoma litrami wody, aż póki nie wracała czysta. Zmieniono opatrunek.

D. 4 maja. Ciepł. $37,4^{\circ}$ — $36,8^{\circ}$, tętno 100. Gazy przeszły, lecz wymiotował wczoraj wieczorem i dzisiaj zrana po raz, skarży się na gnecenie w dołku. Przeplukano żołądek, co sprawiło dużą ulgę. Do odbytnicy wprowadzono sączek, ten jednak nie przepuszcza kału gęstego, tylko się nim zatyka.

D. 5 maja. Ciepł. $36,4^{\circ}$ — $37,7^{\circ}$, tętno 102. Samopoczucie lepsze, język wilgotny, oczyszcza się. W ciągu nocy trzy obfite wypróżnienia sformowanym kałem.

D. 6 maja. Ciepł. $37,2^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$, tętno 98, język dziś tylko po bokach czysty i wilgotny. Czkawki ani wymiotów nie było, lecz w nocy miał rozwolnienie, kilkakrotnie przerywające spokój. Wskazuje na niepokój w kiszkiach, stęka głośno. Towarzysze jego szpitalni opowiadają, że mimo ich perswazyi siadał w ciągu nocy na łóżku. Zdjęto szwy. Rychłozrost.

D. 7 maja. Ciepł. r. $38,2^{\circ}$, w. 37° , tętno 102. Niepokój w brzuchu mniejszy, czkawki, wymiotów ani rozwolnienia nie było.

D. 8 maja. Ciepł. r. i w. $36,8^{\circ}$, tętno 94. Skargi na bóleści, brzuch wzdęty, szew rozszedł się w miejscu sączkowanem i wstawia się tu jelito.

D. 9 maja. Ciepł. r. i w. $36,7^{\circ}$, tętno 97. Rankiem obficie wymiotował.

D. 10 maja. Ciepł. $36,5^{\circ}$ — $37,2^{\circ}$, tętno 100. Wypróżnienia po dwa na dobę, wymioty powtarzają się.

D. 11 maja. Ciepł. $36,8^{\circ}$ — $38,8^{\circ}$, tętno 98, dosyć silne; wymiotów od wczoraj nie było, lecz brzuch mocno wzdęty, twarz zapadła, oczy podkrążone.

D. 12 maja. Ciepł. $37,1^{\circ}$ — $36,4^{\circ}$, tętno 104, wymiotuje znowu. Wprowadzono zgłębnik, zawartość żołądka czarna; przemyto aż do czystej wody.

D. 13 maja. Ciepł. r. $36,6^{\circ}$, tętno 108, słabe, wypróżnienia płynne, wymioty czarne, nieobfite. Twarz zapadła, sinawa. Zmarł o 10 w.

Badanie pośmiertne: kiszki cienkie pozrastane, blade, rozdęte, miejscami pokryte ropą; w zrostach liczne, małe ogniska ropne. W linii szwu kiszkowego zrosty tęgie, w nich mały ropień kałowy, odpowiadający szparze na wypukłości kiszki, gdzie szew puścił na przestrzeni 1 cm.

Przypadek № 7. Michał B., lat 50, rolnik, zapisany w d. 31 sierpnia 1908 r. (szp. Ś-tej Trójcy) № oper. 1022.

Uprzednio zdrowy, silny, zbudowany i odżywiony dobrze. Przed 12-tu godzinami, czyli około 6 zrana, podczas prawidłowego wypróżnienia uczył gwałtowny ból w nadbrzuszu; ból wystąpił nagle, lecz wzmagął się ustawnie. Stosował wlewania i olej rącznikowy, ale bez skutku. Chodzi zgięty z pochyleniem ku przodowi, podtrzymując nadbrzusze rękoma. Wargi

sine, twarz blada i przerażona, tętno słabe i bardzo przyspieszone, oddech częsty, płytki; robi wrażenie człowieka, cierpiącego na dusznicę bolesną.

Gdy stoi, nadbrzusze wydaje się twardem i wzdętym, podbrzusze—raczej zapadniętem; gdy leży w pozycji grzbietowej, brzuch przybiera kształt leja, a w okolicy żołądka wypukła się całość sprężyste i bardzo napięte wielkości dwóch pięści, o odgłosie wypukowym bębnowym jasnym, taki sam jasny bębnowy odgłos otrzymujemy na przestrzeni całego nadbrzusza. Dotykanie okolicy żołądka bolesne, w innych częściach brzucha wrażliwość mniejsza.

Wskazuje zwłaszcza na niezdolność rozpieranie pod piersiami, które dręczy go więcej, niż ból, gdyż ten już słabnie; jęczy głośno, ma wrażenie, jakgdyby kołek drewniany utkwiał mu w żołądku i oparł się jednym końcem o kręgosłup, drugim o dolną część mostka. Wymiotów oraz czkawki nie ma i nie miał, jednak teraz wciąż mu się odbija. Ruchu kiszek nie widać, nie występuje również przy podrażnieniu, związanem z myciem, tylko wzdęcie zaczyna zstępować na podbrzusze.

Uśpienie morfinowo-chloroformowe. Cięcie w smudze, zaczynające się między wyrostkiem mieczykowym i pępkiem, zachodzące poniżej pępka. W jamie brzusznej duża ilość cuchnącego, brudnokrwawego przesącza. Bardzo długa, cuchnąca, matowa, czarno-zielona, mocno rozdęta pętla kiszki grubej, z kopułą pod wyrostkiem mieczykowym. Przedłużono cięcie, wydobyto zmartwiałą pętlę na zewnątrz, zwieszono przez prawy bok, nakłuto uożem dla wypuszczenia gazu, otworek po opróżnieniu zaciśnięto. Zawężenie zupełne z odcinkiem górnym na wierzchu; zgorzeli uległa cała esica, dolna część okrężnicy zstępującej oraz górna odbytnicy, które to części opatrzone są we własną, dosyć długą kreskę. Między zaciskadłami Doyena dokonano wycięcia kiszki, uległej zgorzeli; odbytnicę przecięto w miejscu, gdzie łączy się z pęcherzem moczowym, lecz i tu jest ona ciemna i nie krwawi; ściany obu odcinków grube. Kreskę, grubą i nacieczoną, szeroką u podstawy na 4 palce, poobkluwano.

O zbliżeniu końca okrężnicy do odbytnicy nie może być mowy, zresztą pozostały odcinek odbytnicy leży głęboko i koniec jej górny nie ma pozoru tkanki zdolnej do życia; przeciągnięto przez jej kreskę grubą nić, której końce wyprowadzono na zewnątrz, i otoczono gazą. Koniec okrężnicy umocowano w ścianie brzucha, śluzówkę przytwierdzając do skóry, a inne warstwy do powięzi; dla odbarczenia przymocowano ścianę kiszki do ściany brzusznej powyżej odbytu sztucznego na przestrzeni kilku centymetrów, tak, że górna ściana okrężnicy zagina się; liczono, że w tych warunkach łatwiej będzie zamykać odbyt sztuczny przez ucisk. Powyżej tego punktu zamknięto brzuch jednym piętrem szwów, ujmujących wszystkie warstwy, poniżej — wyprowadzono tampony, którymi otoczono odbytnicę. Do odbytu sztucznego włożono gruby sącze gumowy, i koniec jego wypuszczono przez opatrunek nazewnątrz. Wstrzyknięto 5 cm³ olejku kamforowego, aczkolwiek tętno po zabiegu prawie lepsze, niż przedtem.

Wycięta część kiszki mierzy 112 cm., układa się w kształt litery O, szerszej u góry.

D. 1 września. Ciepl. 36,8° — 37,7°, tętno 114, równe i dosyć mocne.

Mówi głosem prawidłowym, wymiotów nie miał, kał odchodzi; męczy go tylko kaszel. Zmieniono opatrunek.

D. 2 września. Ciepł. r. 37,3⁰, w. 37,5⁰, tętno 110. Kaszle, w tchawicy słyhać głośnie rżenia. Zmiana opatrunku, który przemokł kałem, obecnie twardszym, przeto zatykającym sącze. Do wewnątrz dostaje naparstnicę z *Liqu. ammonii anisati*.

D. 3 września. Ciepł. r. 37,5⁰, w. 38,2⁰ C, tętno 80. Język wilgotny; boleści, wymiotów ani czkawki nie ma, kał odchodzi wciąż. Zmieniono opatrunek i część tamponu.

D. 4 września. Ciepł. 37,7⁰ — 38⁰, tętno 80. Zmieniono przy opatrunku cały tampon.

D. 5 września. Ciepł. 37,6⁰ — 37,8⁰, tętno 90.

D. 6 września. Ciepł. 36,8⁰ — 37,4⁰, tętno 92; stan ogólny coraz lepszy, kaszle mniej.

D. 8 września. Ciepł. 36,5⁰ — 37,2⁰, tętno 88, kaszel prawie ustąpił. Opatrunek zmieniany codziennie.

D. 10 września. Ciepł. 36,7⁰ — 37⁰ C.

D. 12 września. Nie gorączkuje; w czasie nocy nastąpił z rany duży krwotok; przyczyny podać nie mogę, gdyż od dni paru bawiłem na urlopie. Tętno nazajutrz było drobne, 110.

D. 13 września. Język suchy, tętno drobne, chory bredzi.

D. 17 września. Chory poprawił się znacznie, tętno 96. Przez cały ten czas nie gorączkował; rana, przy codziennym opatrunku, znacznie się wypełniła ziarniną.

D. 8 października. Gdy wróciłem z urlopu, zastałem ranę doszczętnie zagojoną, chorego w dobrym zdrowiu.

Probowałem zamykać otwór sztucznego odbytu przy pomocy kol-peuryntera małego wymiaru, lecz chory obchodzić się z nim nie umiał i używa innego sposobu: kawałkiem zmiętego zgrzebnego płótna przyciska górny obwód otworu i przytrzymuje szerokim pasem rzemiennym. Widziałem go około półroku temu; wygląda bardzo dobrze, odżywiony doskonale, zdolność do pracy zachowana, lecz uskarża się wciąż, że w sposób tak niezwykły i niedogodny musi załatwiać swoje potrzeby naturalne; gotów byłby poddać się ponownemu zabiegowi dla skierowania kału na drogę, wyznaczoną przez naturę. Czy można by żądaniu jego zadość uczynić, o tem pomówimy niżej w rozdziale o leczeniu.

Przypadek № 8. Józef B., lat 60, rolnik, zapisany 19 lipca 1909 r., (szp. Ś-tej Trójcy, przypadek sekcyjny, zm. bez operacji). Miał już 2 napady poprzednio, podobne do obecnego, lecz trwały tylko po kilka godzin; obecny datuje się od dwóch dni. 17 lipca chory przez cały dzień pracował ciężko siekierą, lecz czuł się dobrze i zdrowy położył się spać, po północy obudził się w znacznych bólach brzucha, które to w mniejszem, to w większem nasileniu trwają dotąd. Wymiotów ani czkawki nie miał, lecz stolce zatrzymane od początku i wiatry nie odchodzą. Mówi głosem zwykłym, tętno powolne, miarowe i silne. Brzuch wzdęty ogólnie, lecz w czasie badania występuje fala ruchowa w podbrzuszu, wypuklając miękkie powłoki; kiszka falująca układa się w kształt wielkiego koła, z pępkiem pośrodku,

obwód zaś koła sięga nazewnątrz od zewnętrznego brzegu m. prostego brzucha prawego; ta kiszka jest rozdęta nierównomiernie, jakgdyby w ścianie swej mieściła duże uchyłki. Brzuch cokolwiek niesymetryczny, gdyż w podbrzuszu prawem jest mniej wzdęty. Odgłos wypukowy na całej przestrzeni bębnekowy jasny, stłumienia nie ma wyraźnego nigdzie, chyba cokolwiek w okolicy nadłonowej. Ułożywszy chorego na prawym boku, wlano 1½ litra płynu przez odbytnicę; zabieg ten nasilił bóle, pętlica, okalająca pępek, rozděła się jeszcze więcej, lecz i bębnica stała się większą. Przy kolcu przednim górnym prawym odznacza się teraz oddzielna, płaska ale pełna gazu kiszka (ślepa?), leżąca zewnątrz opisanej poprzednio. Po godzinie, gdy woda odeszła, wyprowadzając nieco kału, zbadano znowu; wzdęcie ogólne brzucha pozostało, lecz rysunek spostrzegany przedtem zatracił się i nie daje się wywołać przez żadne drażnienie; widać tylko przy kątnicy i nieco ku wewnątrz wypukłość okrągłą, wielką jak pięść, wypełnioną gazem.

Chory na zabieg krwawy nie przystaje, wobec stanu ogólnego wcale dobrego i niewielkich stosunkowo dolegliwości uznałem za zbytczne przynaglać go.

Odchodząc ze szpitala, poleciłem, by zastosowano jeszcze kilkakrotnie wlewania, lecz z mniejszych, niż za pierwszym razem, ilości wody.

Wieczorem chory miał wypróżnienie i czuł się raźnie, lecz potem wymiotował, wystąpiła zapaść oraz śmierć o północy.

Badanie pośmiertne: po otwarciu jamy brzusznej widzi się jak gdyby podwójną okrężnicę, ułożoną w z piętra. Piętro dolne mniej, górne więcej wzdęte, ciemne, przekrwione, lecz o powierzchni lśniącej. To ostatnie jest olbrzymią esicą, ułożoną w kształt litery O, skręconą o 180° z górnym odcinkiem na wierzchu. Esica okala cały brzuch, leży obok okrężnicy, miejscami ją nawet przykrywa, zawiera gaz i kał płynny; ściany jej wogóle bardzo grube. Zgorzeli, przedziurawienia, ani też jakichkolwiek śladów świeżego lub dawnego zapalenia otrzewnej nie ma. Krezka okrężnicy esowatej szeroka i długa, u podstawy zwężona, lecz o chorobowym zbliżeniu punktów podstawowych nie ma mowy. Blizn w krezce nie dostrzeżono.

Następne dwa spostrzeżenia dotyczą chorych, którzy wydrowieli bez operacji.

Przypadek № 9. Antoni H., lat 50, handlarz inwentarzem żywym, zapisany 21 kwietnia 1908 r. (szp. S-ej Trójcy).

Chory wzrostu słusznego, budowy prawidłowej, odżywiony umiarkowanie. Ciężkich chorób nie przechodził, na zaparcie nie cierpiał nigdy, życie prowadził ruchliwe. Jeżdżąc dużo po jarmarkach, względnie często popełniał błędy w pożywieniu. Na rok przed obecnym napadem był kopnięty w brzuch w okolicę nadłonową lewą i odtąd doznawał bólów w tej okolicy od czasu do czasu. W dniu 8 kwietnia 1908 r., wracając znowu z jarmarku, doznał nagłego bólu w podbrzuszu lewym, gdy wskoczył na wózek, będący w ruchu; ból nie ustąpił, a kiedy nasilał się chwilami, słyszeć się dawało burczenie i przelewanie; te chwilowe nasilenia występowały często, chory

nie sypiał. Gdy widziałem go po raz pierwszy, wezwany przez kol. Podziemskiego do Szczercowa, gdzie chory zamieszkuje, stwierdziłem wzdęcie mierne całego brzucha obok oporu sprężystego, niezbyt bolesnego od naciskania, między pępkiem i kolcem przednim górnym strony lewej. W czasie badania słyhać było szmery kiszkowe i ból nasilał się. Od samego początku było zaparcie i zatrzymanie gazów, lecz chory nie wymiotował, tętno miało powolne i silne; czkawka zjawiała się, lecz nie często. Ciężota ciała była nieco podwyższona, lecz danych dokładniejszych co do tego szczegółu nie posiadam. Choremu zastosowaliśmy na razie okłady ciepłe, później, kierując się dobrym stanem ogólnym i obecnością ruchu robaczkowego w skrzęconej esicy, spróbowaliśmy, aczkolwiek od początku choroby przeszło już naonczas dni kilka, wlewania wody ciepłej z oliwą, a następnie z solą, co było uskutecznione w położeniu łokciowo-kolanowym i z uniesieniem miednicy chorego. Woda wchodziła dosyć łatwo, a rura gumowa pozwalała pod kierunkiem jej prądu wprowadzać się wysoko.

Gdy po jakimś czasie woda odeszła, wyprowadzając dużą ilość gazu o woni kałowej, pacjent zaś doznał ulgi, wprowadziliśmy większe ilości wody słonej, która powracała zabarwiona, aż w końcu zjawilo się płynne wypróżnienie o wyglądzie zupy grochowej. Gdy odjeżdżałem o świtanie, chory, któremu przez resztę nocy wlewania powtarzano, czuł się już znacznie lepiej, a opór, w podbrzuszu lewym wyczuwany, był mniejszy, jak również i wrażliwość.

Poradziłem, by pacjent, gdy się poprawi, zgłosił się do szpitala dla przymocowania okężnicy esowatej do ściany brzucha.

D. 21 kwietnia, zapisawszy się do mego pawilonu, miał wieczorem c. 38,3° C., język nieco podsychający, tętno 75. Przez cały czas ubiegły łaknienia nie miał, pokarmy znosił tylko płynne, lecz bóle uciszyły się i odchodziły wiatry. Wypróżnień samoistnych nie było, po wlewaniach zaś bardzo skąpe. Po przybyciu do szpitala oddał stolec bardzo cuchnący. Po drodze pięciomilową na kołach zniósł dobrze.

W lewym podbrzuszu wykryto guz płaski, wielki jak pięść, u góry miękki i sprężysty, w połowie dolnej twardszy nierówny, dający się wyraźnie odgraniczyć, w obrębie kanału pachwinowego był guzek zupełnie twardy, wielkości włoskiego orzecha. Zastosowano spokój i często zmieniane ciepłowilgotne okłady.

D. 22 kwietnia. Ciepl. 36,8° — 38,4°.

D. 23 kwietnia. Ciepl. 37,4° — 38,9°.

D. 24 kwietnia. Ciepl. 36,8° — 38° C.

D. 25 kwietnia. Ciepl. 37° — 36,9° C.

Było dziś (25 kwietnia) prawidłowo sformowane wypróżnienie, łaknienie wzmagają się, guz mięknie. Chory otrzymał pokarm stały.

D. 26 kwietnia. Ciepl. 36,6° — 37,1°.

D. 27 kwietnia. Ciepl. 37° — 36,8°.

D. 28 kwietnia. Ciepl. 36,8° — 36,8°. Poprawa stała, codzień wypróżnienia samoistne.

D. 29 kwietnia. Guz zmalał, jest niebolesny; okiem żadnej różnicy między obu połowami brzucha dostrzedz nie można. Chory wypisał się ze

szpitala; uważałem za zbyteczne zatrzymywać go, przypuszczając, że zmiany zapalne w krezce lub ścianie kiszkowej przymocowały esicę do ściany brzucha w położeniu dla drożności pomyślnem.

D. 18 marca 1910 r. otrzymałem od kol. Podziemskiego wiadomość, że pacjent ma się dobrze, jest wolny od zaparcia i bólów. Nowy napad niedrożności nie zdarzył się dotąd.

Przypadek № 10. Ostatnie spostrzeżenie dotyczy pacjenta w wieku lat 53, wzrostu średniego, budowy bardzo krzepkiej. Chory jest obywatelem miejscowym i przedsiębiorcą, od wczesnej młodości odznaczał się w życiu dużą ruchliwością. Prócz początków miażdżycy i skłonności do skazy moczanej żadnym dolegliwościom nie podlegał. Błędy w żywieniu były na porządku dziennym. Częstokroć, wyjeżdżając o świtanie, dzień cały spędzał bez pożywienia, a powróciwszy wieczorem spożywał obiad, podwieczorek i kolację odrazu, mieszając potrawy w sposób najdziwniejszy. Mimo to czynność przewodu pokarmowego nie pozostawiała nic do życzenia. Gdy wstał zrana około 5-ej, miało zazwyczaj miejsce wypróżnienie pierwsze, później w ciągu dnia następowało drugie, zwykle obfitsze. Bezpośrednio przed chorobą wrócił wieczorem do domu po całodziennym pobycie w lesie, gdzie przeziął — działo się to w końcu listopada r. 1909; spożył, jak zwykle, odrazu dużą ilość pokarmów, złożonych z zupy, potraw ciepłych i zimnych, galaret, sałat zaprawionych octem i oliwą, poczem zażył sporą dawkę cytaryny z wodą alkaliczną i spać się położył. Po północy zbudziły go bólesci, jakich nigdy w życiu nie doznawał. Nie spał do rana, przykładając gorące talerze, chciał wywołać stolec, stosował wlewania wody z oliwą, zalecone przez wezwanego lekarza. Gdy widziałem go zrana, rzucał się w łóżku, trapiiony wciąż dojmującym bólem, który obejmował cały brzuch; tenże był wzdęty ogólnie, lecz miernie, a w podbrzuszu lewym, nienapiętem, dawała się wymacać rozszerzona, nieruchoma pętla, której kopuła przechodziła cokolwiek poza środkową linię brzucha. Opukując tę pętlę, otrzymywano odgłos tępy, co nie zmieniło się przez cały czas trwania choroby. W kiszkach dawało się słyszeć przelewanie, występujące nietyle w czasie badania, ile po zmianie pozycji.

Stosowałem dalej wlewania wody z oliwą, z solą, lub z naparu rumianku, w położeniu grzbietowem, bocznem, albo też łokciowokolanowem. Woda początkowo odpływała niezmienniona, lecz niekiedy wyprowadzała gaz, a w końcu zaczęła powracać z zabarwieniem kałowem. Po wprowadzeniu wody, która nie wchodziła w ilości większej ponad litr, a część nawet zaraz się wylewała, bóle nasilały się wyraźnie; najwięcej ulgi doznawał chory, gdy udało się przesunąć rurę pod kierunkiem prądu wysoko, a później pozostawić ją w kiszce. Od dnia następnego wystąpił nieprzyjemny smak w ustach, ciepłota ciała zaczęła podnosić się, nie przekraczając przecie 38° i kilku dziesiątych, tętno trzymało się na wysokości 84—90 uderzeń na minutę. W drugim dniu choroby, gdy sprawa nie posuwała się naprzód, wezwaliśmy D-ra B. Sawickiego z Warszawy. Język był wtedy obłożony pacjent czuł się wyczerpanym i chorym ogólnie, do bólu brzucha o charakterze napadowym przyłączył się stały, uparty i dolegliwy ból w lewej,

okolicy lędźwiowej oraz czkawka. Widzieliśmy chorego z D-rem S o północy; po zbadaniu zapadła decyzja, by nazajutrz poddać go operacji.

Przed ranem po wlewaniach odeszło nieco kału, ciepłota obniżyła się, stan ogólny poprawił się, samopoczucie było lepsze, wobec czego postanowiliśmy zaczekać.

Istotnie, od tej chwili dała się zauważyć powolna poprawa, aczkolwiek nie obeszło się bez ponownych napadów bólu brzucha, czkawki, wzdęcia i wahań w ciepłocie ciała. Najdokuczliwszy był teraz ból w okolicy lędźwiowej, nieustępujący pod ciepłymi okładami, które od najpierwszych chwil stosowano obok belladonny do wewnątrz; dopiero dwie bańki cięte złagodziły go w sposób wyraźniejszy.

Pacjent spędził w łóżku 2 tygodnie i dopiero po upływie tego czasu przestałem go odwiedzać. Obecnie ma się dobrze i, niezrażony przebytą chorobą, pędzi dawne życie, pełne trudów i niewygody.

Ostatnie dwa przypadki (№ 9 i 10) uznaję za niepełne zawężenia (180°), z których pierwszy powstał nagle pod działaniem tłoczni brzucha, drugi zaś był wywołany, lub też, już poprzednio istniejąc, znierównoważony przez nagłe wypełnienie się kiszek dużą ilością płynnego kału; myśl o zagięciu uchylam, ponieważ, powstając na tle bliznowatego zwyrodnienia krezki ze zwężeniem podstawy, musiałoby ono już przedtem powodować napady łżejsze, jak to widzieliśmy w przypadku № 5, aczkolwiek krezka tego chorego nie była nawet bardzo wązka *).

W przypadkach moich spotykamy następujące momenty przyczynowe:

Napięcie tłoczni brzucha 4 razy (№ 2, 6, 7, 9) = 40%.

Ciężka praca 2 razy (№ 3, 8) = 20%.

Nadmierne najadanie się 1 raz (№ 10) = 10%.

Dla pozostałych trzech przypadków przyczyny podać nie jestem w stanie, gdyż odnośni chorzy nie umieli udzielić mi żadnych pod tym względem wskazówek.

Co się tyczy wpływu, jaki ma ciężka praca na powstawanie zawężenia esicy, uważam, że rozchodzi się tu o wyczerpanie siły mięśniowej kiszek pod wpływem mniejszych a wielokrotnych urazów; tłocznia brzucha, uciskając kiszki, wypełnioną ciałem prężnem, zwiększa w jej wnętrzu ciśnienie; to znowu

*) Tu dużą rolę odegrała zapewne długość esicy; być także może, że istniało zawężenie fizyologiczne i napady niedrożności zależały od osłabienia mięśni kiszkowych — w myśl Netera.

działa na ścianę kiszki, która je siłą swych mięśni równoważy, lecz tym sposobem dojść może do zupełnego wyczerpania siły mięśniowej, poczem kiszka, już wtórnie, dalej ulega rozdęciu gazem i staje się bezwładną. O ile istniało skrzyżowanie odcinków, rozdęcie kiszki zdolne jest wywołać niedrożność przez ucisk, wywierany ramieniem, leżącym na wierzchu, na ramię dolne, które przyciska się wtedy do niepodatnej tylnej ściany brzucha. O ile skrzyżowania przedtem nie było, łatwo może ono powstać, gdy krezka składa się z dwóch części niejednakowej długości, z których jedna do górnego należy ramienia, druga do dolnego *). W ten właśnie sposób tłumaczę sobie powstanie zawężenia w przypadku № 3, w którym początek choroby nie miał charakteru nagłego; coprawda stosunku, jaki zachodził między obu połowami krezki przy podstawie, nie rozpatrywałem w czasie zabiegu.

Sądzę, że zawężenie nagłe również w tych razach łatwiej powstaje, bo pętla rozdęta gazem łatwiej jest narażona na działanie żywej siły kurczących się mięśni brzucha, a równowaga tej pętli w ugrupowaniu wnętrzości naskutek zmiany jej kształtu i wymiaru została zachwiana; wyjątek stanowią esice, ułożone w kształt litery O, gdy są duże.

Spostrzeżenia № 6 i 7 wykazują, że stosowanie obfitych wlewań do kiszki byłoby niekiedy zabiegiem zasadniczo niekorzystnym i niebezpiecznym, gdyż w obu przypadkach znaleziono zgorzel już w 12 godzin od chwili pierwszych objawów. Obadwaj chorzy mieli tętno bardzo przyśpieszone i robili wrażenie ciężkie na pierwszy rzut oka. Przypadek № 8 dowodzi, że zejście może być niepomysłne i w tych razach, kiedy stan pacyenta nie wydaje się groźnym; być może, że śmierć była tu skutkiem ostrego wchłonięcia się trujących wytworów rozkładu gnilnego; pozatem zjawia się pytanie, czy wlewanie wody wchłaniania tego nie ułatwiło.

W razach, gdy kiszka jest już zupełnie bezwładna, wyrzucenie z powrotem płynu, który wlewamy, może nie nastąpić wcale; dlatego też jest rzeczą wskazaną, byśmy starali się zapewnić mu drogę powrotną. Gdy udaje się wprowadzenie ru-

*) Taki stosunek zachodził w przypadku № 6; odcinek dolny, opatrzony w dłuższą krezkę, leżał na wierzchu.

ry gumowej pod kierunkiem prądu wysoko, najlepiej rurę pozostawić w kiszce, a gdyby woda pomimo to nie odpływała, można spróbować wtedy ostrożnego naciskania od zewnątrz. Jeżeli takie wprowadzenie rury nie udaje się, nie należy wlewać dużych ilości płynu. Wilms słusznie zwraca uwagę, że prąd wody może chwilowo opanowywać przeszkodę od dołu, lecz jej pomimo to nie usuwa.

Sądzę, że nie usuwa jej także wprowadzenie rury, ani też możność wprowadzenia przeszkody nie wyłącza; znane doświadczenie Buscha z kiszką, związaną na cewniku, która potem przepuszcza cewnik, nie przepuszczając z powrotem ani kropli wlanego płynu, dostatecznie rzecz tę maluje.

Eliot jest tak zachowawczy, że każe osobie o małej ręce wprowadzać ją wraz z przedramieniem do odbytnicy w celu dokonania odwężlenia. Zabieg taki był stosowany u jednego z chorych Eliota — i tyle tylko rzecz można, że przynajmniej bez szkody dla chorego. Wydaje się dziwnem, by ktokolwiek, kto miał choćby raz jeden sposobność odwężlania wyjętej na zewnątrz brzucha rozdętej okrężnicy esowatej, otrzymał przytem wrażenie, że pojemność jamy brzusznej jest obliczona na rękoczyn, jaki autor ten proponuje.

Najprostszym zabiegiem krwawym, do którego uciec się można w tych razach, kiedy siły pacyenta nie pozwalają na leczenie więcej doszczętne, jest wytworzenie przetoki kałowej; że umocowanie pętli zawężlonej na stałe nie może być uważane za rzecz pożądaną, tego dowodzić nie ma potrzeby.

Gdy zawężlenie jest pełne, zabieg taki może pozostać bez wpływu na drożność кишки, gdy jest niepełne, a zwłaszcza, gdy niedrożność zależna była od zagięcia, opróżnienie esicy z gazu przywraca drożność dla kału, lecz ta po zagojeniu się przetoki może być zniesiona ponownie. Coley i Chaffee opisali chorego, któremu parokrotnie musiano przetokę rozszerzać, albo roztwierać, gdyż okrężnica esowata, wydawszy się gazem, znowu stawała się niedrożną; ostatecznie chory musi nosić w przetoce rurkę srebrną na stałe, by kışkę z gazu w miarę potrzeby opróżniać.

Delatour opisał dwa przypadki, gdzie wobec niedrożności esicy wszyto do rany rozdętą kątnicę i nacięto; gdy wydzielila się przez przetokę duża ilość płynnego kału, następowały wy-

próżnienia drogą naturalną, poczem przetoki zarastały. Oczywiście i ci chorzy nie zostali uwolnieni od groźby nawrotu.

To samo należy powiedzieć o skutkach odwężlenia kiszki drogą cięcia brzuszego; Kiwull użył tego sposobu we wszystkich swoich przypadkach i jest z wyniku zadowolony, gdyż nawrotu nie widział. Natomiast chory Bloodgooda przeszedł 32 napady niedrożności i był operowany trzykrotnie; Blake opisał chorego, trzykrotnie poddawanego operacji, tyleż razy operował na zawężenie esicy Eliot jednego i tego samego osobnika; Toote miał to samo zdarzenie z jednym ze swoich chorych.

Senn, by zapobiedz wznowie cierpienia, wykonywa zabieg, który polega na wytworzeniu fałdów, prostopadłych do długości krezki, co prowadzi do skrócenia krezki; rzecz oczywista, że zabieg ten nie da się wykonać w przypadku krezki bardziej wąskiej, a nadto może usposabiać do zagięcia.

Eliot, wychodząc z założenia, że wybór miejsca do wycięcia jest bardzo trudny na rozdętej kiszce, a ściana jej — zawsze w tych razach przekrwiona — trudniej się zrasta, unika tego doszczętnego zabiegu, który nazywa niebezpiecznym, lecz przyszywa kiskę do ściany brzucha.

Blake po zastosowaniu tego sposobu, był zmuszony po roku poddać chorego ponownemu zabiegowi, gdyż zawężenie i niedrożność powróciły; cięcie brzucha wykryło takie same stosunki, jak za pierwszym razem; po zabiegu poprzednim ślad nawet nie pozostał.

Wilms przytacza opinię Eiselsberga, który uważa, że zrosty po przyszyciu mogą z czasem wydłużać się powrózkowato i wtedy, nie przeszkadzając ponownemu zawężeniu, dodają nowe niebezpieczeństwo — zadzierzgnięcia i uwięzienia innego jelita.

Dla tych względów ogranicza Wilms wskazania do zabiegu tylko co omówionego, zachowując go dla przypadków, w których wycięcie okaże się z jakichkolwiek przyczyn niewykonalnym; przyszyć można albo ścianę kiszki, albo krezkę, albo też jedno i drugie do przedniej ściany brzucha; przyszywając krezkę, należy oczywiście ominąć jej naczynia. W razach, gdy podstawa krezki bywa skrócona i twarda, próbowano przecinać blizny, lecz przytem ucierpieć mogą naczynia krwionośne, ostateczny zaś wynik zabiegu obliczyć się nie da, gdyż powstanie

świeża blizna i punkty podstawowe esicy ponownie zbliżyć się mogą.

Zespolecie boczne między obu ramionami okrężnicy esowatej, które, podług świadectwa Wilmsa, stanowi pomysł Winiwartera i Trojanoffa, nie znalazło, jak się zdaje, uznania u ogółu chirurgów. W piśmiennictwie spotyka się zarzuty, że zabieg taki nie może zapobiedz ponownemu zawężeniu tem więcej, iż spowoduje niekorzystne zbliżenie punktów podstawowych. Sądziłbym, że o ile połączenie jest dostatecznie szerokie, wytwarza ono wentyl bezpieczeństwa dla gazów, który, nawet zebrawszy się powyżej zespolenia, może uchodzić tędy w chwilach niebezpiecznych, kiedy esica podlega działaniu tłoczni brzusznej. Oczywiście, jeżeli słuszne jest mniemanie, że zawężenia esicy powstają za sprawą przypadku, niezależnego od zasad ogólnych mechaniki, natenczas zespolenie, jako zabieg zabezpieczający, traci na znaczeniu.

Zespoleniu esicy z kiszka ślepą lub z dolną krętnicą, które notuje Wilms z obcej kazuistyki, przyznać można słuszność w razach tylko bardzo wyjątkowych.

Zabiegiem najbardziej doszczętnym i bezwzględnie od nawrotu zabezpieczającym jest wycięcie kopuły wraz z częścią obu ramion esicy. Zabieg ten wskazany jest bezwarunkowo w przypadkach, powikłanych zgorzelą, lecz w tych właśnie razach do skutecznego najtrudniejszy, bądź to wymagając szycia w głębi, bądź też uruchomienia okrężnicy, gdy dolny jej odcinek nie może wejść w zetknięcie bezpośrednie z odbytnicą.

Wiliam J. Mayo dowodzi, że krezka kiszek grubych jest bardzo długa, gdyż w jej blaszce wewnętrznej leżą wszystkie naczynia krwionośne i chłonne, wychodzące z aorty i najbliższego jej sąsiedztwa; krótka jest tylko zewnętrzna blaszka odcinków okrężnicy, położonych najwyżej i najniżej, lecz tę można przeciąć bez obawy, ponieważ nie zawiera żadnych ważnych czynnościowo organów i tkanek.

Gdy zaś blaszka zewnętrzna została przecięta, okrężnica zstępująca daje się unieść ku górze, przesunąć ku linii środkowej i spowodować nie tylko do odbytnicy, lecz i do zwieracza zewnętrznego. Dolny, przyodbytniczy odcinek daje się uruchomić za pomocą cięć odbarczających na obu bokach i trzeciego cięcia od strony pęcherza, które łączy dwa pierwsze.

Sposób zszywania obu odcinków, przyjęty przez braci Mayo, opisał Balfour: do światła odbytnicy wprowadza się gruby sączonek od strony brzucha i przepycha na zewnątrz; górny koniec sączoneka, opatrzoney w boczny otwór, by mogły uchodzić gazy w razie zatkania się końca, wprowadza się do odcinka górnego i tu, na wysokości 3-ch cali od linii cięcia, umocowuje przy pomocy jednego ścięgu struną chromową, który to ściąg przejmuje całą grubość kiszki; pomocnik chwytając teraz sączonek za koniec dolny, sterzający z pierścienia odbytnicy, i przez pociąganie zbliża odcinki, których powierzchnie cięte poddano uprzednio ściśnieniu odkażeniu, czem — nie wspomina.

Brzegi obu odcinków spaja się szwem strunowym, przerywanym, idącym przez wszystkie warstwy, starając się o równą linię zetknięcia dla śluzówki. Pociągając sączonek, wytwarza się wgłobienie na pół cala i nakłada szew surowiczomięśniówkowy; niekiedy to drugie piętro szwu nie mogło być nałożone dobrze, lecz wynik i bez tego bywał dodatni.

Brak w otrzewnej na ścianie tylnej zaszywa się, nasuwając brzegi, po obu stronach kiszki umieszcza się sączoneki, przykrywa wszystko siecią, którą można jeszcze umocować przy pomocy szwu.

Sączonek pozostaje przez 6 dni, t. j. póki struna nie rozpuści się, sączoneki zaś boczne przez tydzień, gdyż usunięcie wcześniejsze może być powodem przetoki kałowej.

Niektórzy autorowie radzą przekłuwać rozdętą esicę w jamie brzusznej i odkręcać dopiero po wypuszczeniu gazu. Kiwull natomiast kiszki nie przekłuba wcale, tylko wkłada do niej rurę gumową od dołu i tą drogą gaz wyprowadza; sposób Kiwulla dostępny jest oczywiście tylko dla tych, którzy rozporządzają większą liczbą pomocników, a bezcelowy zupełnie, gdy zamierzamy dokonać wycięcia.

Wilms radzi, by w tych przypadkach, gdy stwierdzimy początek zapalenia otrzewnej, ograniczać się do zabiegu najprostszego, a więc w razie zgorzeli nie zszywać kiszki doraźnie po wycięciu, lecz wytworzyć odbył sztuczny.

Nasuwają się tu pytania, co począć potem dla uwolnienia pacjenta od dolegliwości, jakie spowoduje obecność odbytu sztucznego? O ile nie spodziewamy się istnienia oklein między kiszkami i ścianą brzucha, można jeszcze z pomocą wtórnej

operacji uruchomić okrężnicę podług planu Williama Mayo, sprowadzić jej koniec aż do pierścienia odbytnicy i tu przyszyć do skóry, a w razie, gdyby pozostała odbytnica posiadała otrzewną niezmienną, spoić oba odcinki; gdy jednak chory istotnie przeszedł zapalenie otrzewnej i szczęśliwie po niem wyzdrowiał, albo gdy użyliśmy tamponady, która wywołała mocne zrosty, jak to musiało mieć miejsce w moim przypadku № 7, zabieg taki mógłby być bardzo ryzykowny, lub wprost niewykonalny; dlatego też nie doradzałem go choremu, aczkolwiek ten chętnie by się mu poddał.

Dokonanie wycięcia na esicy, nieuległej zgorzeli, nie może być uważane za rzecz trudną technicznie; ponieważ zawężeniu ulegają tylko esice długie, t. j. sięgające kopułą powyżej pępka, przeto możemy śmiało pozostawić całą część кишки, która mieści się między poziomem powłok i tylną ścianą brzucha, a dzięki temu przecinać i szyc jej ścianę zewnątrz jamy otrzewnej, czyli w miejscu, dla rąk i oczu łatwo dostępnem. Trudniejszym już zabiegiem jest zespolenie przy podstawie, gdyż wtedy cały rękoczyn odbywa się w głębi brzucha; to też wycięciu oddam zawsze pierwszeństwo, przekonawszy się, że więcej czasu nie wymaga *). Aby przekrwienie, które zresztą szybko wyrównywa się po usunięciu przeszkody, miało osłabiać widoki rychłozrostu, temu wierzyć trudno, zwłaszcza gdy się uwzględni, że otrzewna i na zapalne podrażnienie odpowiada przez wytwarzanie zrostów.

Odwęzłania za zabieg racjonalny uważać nie można; ma on tę samą wartość, co uwolnienie pętli uwięzionej w przepuklinie, o ile nie zaszywa się potem kanału przepuklinowego; że zaś doszczętność leczenia stanowi o przewadze chirurgii, należałoby unikać takich zabiegów, które na dalszą metę nie działają.

Ponieważ zawężenie esicy, tak samo jak przepuklina, zależy od wady anatomicznej, musimy mieć na względzie poprawienie takiej wady, by chorego zabezpieczyć na przyszłość,

*) Zespolenie przy pomocy guzika Murphyego, aczkolwiek stosowane przez chirurgów tej miary, jak prof. Bergmann, uważam za niecelowe, gdyż otworek guzika musi zatkać się kałem bardzo szybko.

gdy już przystał na zabieg, bo w razie nawrotu może mu braknąć odwagi. Bloodgood stwierdza, że przypadków Kiwulla za wyleczone uważać nie można, gdyż przytoczone, dokładne, historie choroby o dalszych losach pacjentów żadnych szczegółów nie podają, wyleczony zaś jest tylko taki chory, który przez dwa lata pozostał wolny od nawrotu. Statystyka Baera wykazuje, iż pewna część chorych, rzekomo przez odwężenie uleczonych, niedługo korzysta z owoców tego zabiegu, bo wkrótce występowała wznowa cierpienia, powtórne odwężenie prowadziło do nowego nawrotu, a niekiedy kończyło się śmiercią odrazu.

Z racji tego zachowałbym odwężenie dla tych tylko pacjentów, gdzie zabieg doszczętny wykonać się nie da, np. dla chorych już bardziej wyczerpanych lub źle znoszących uspienie.

Ocena śmiertelności bezwzględnej zabiegu jest bardzo trudna, gdyż chory zmarły po wycięciu mógł zabieg łagodniejszy tak samo przypłacić życiem. Dwaj chorzy Weira zmarli po odgłobieniu i umocowaniu esicy na ścianie brzusznej, wykaz Baera zaznacza sporo zejść śmiertelnych po prostej detorsyi кишки; również moje pierwsze przypadki, w których zadowolilem się samem odwężeniem кишки, skończyły się śmiertelnie, chory zaś № 8 zmarł bez operacji, gdy się tego najmniej spodziewałem; gdyby ci wszyscy chorzy byli poddani wycięciu кишки, zejście niepomyślne byłoby zapisane na rachunek ciężkości użytego zabiegu.

Zwłaszcza śmierć po wycięciu esicy, już uległej zgorzeli, nie powinna obciążać statystyki, gdyż chory umiera wtedy pomimo zabiegu, nie zaś po nim.

Przejrzawszy materiały streszczenia zbiorowego Baera, jestem pod wrażeniem, że z przypadków, napewno niepowikłanych zgorzela, 90% wyzdrowiało po wycięciu, powikłanych zaś tylko 28,5% *).

Dla pewnej liczby przypadków (z 43% wyzdrowień) trudno mi było ustalić stan кишки w chwili zabiegu; że jednak znaczna liczba pozostałych po wycięciu кишки przy życiu pacyen-

*) Wliczam tu przypadek Solmana; Baer o powikłaniu przypadku tego zgorzelą nie wie, lub nie wspomina.

tów dotknięta była zawężeniem, wynoszącym tylko 180°, można przypuszczać, że i tu brak zgorzeli miał wpływ decydujący na wynik operacji.

Ta duża liczba wyzdrowień po wycięciach, obok niemałej liczby nawrotów oraz śmierci po odwężeniu, przemawia stanowczo na korzyść zabiegu doszczętnego.

ŹRÓDŁA UWZGLĘDNIONE:

1. Ashhurst. *Annals of Surgery*. 1908, I, p. 300.
 2. Baer. *Centralblatt für d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* 1903, p. 561 i nast.
 3. Balfour. *Ann. of Surg.* 1910, I, p. 239.
 4. Blake. *Ann. of Surg.* 1906, I, p. 444.
 5. Bloodgood. *Ibid.* 1909, I, p. 161.
 6. Brewer. *Ibid.* 1907, II, p. 149.
 7. Coley et Chaffee. *Ibid.* 1909, II, p. 464.
 8. Delatour. *Ibidem.* 1905, II, p. 678.
 9. Eliot. *Ibid.* 1899, II, p. 56.
 10. Foote. *Centralbl. f. d. Grenzgeb.* 1901, p. 379.
 11. Janowski. *Semiotyka og. wymiot.* *Odcz. kl.* 1902.
 12. Karczewski. *Medycyna.* 1903, p. 578.
 13. Laroque. *Ann. of Surg.* 1906, II, p. 618.
 14. Mayo. *Ibid.* 1909, II, p. 200.
 15. Mc. Williams. *Ibid.* 1908, I, p. 132.
 16. Ries. *Ibid.* 1904, II, p. 523.
 17. Schlange. *Handb. d. pr. Chirurg. Bergmanna, Bruns i Mikul.*, t. III.
 18. Thomson. *Centralbl. f. d. Grenzgeb.* 1900, p. 204.
 19. Weir. *Ann. of Surg.* 1899, II, p. 100.
 20. Willms. *Der Ileus*, r. 1906.
-

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

Zapobieganie gorączce połogowej

opracował

MARYAN RYLKO.

Aczkolwiek w ostatnich paru dziesiątkach lat liczba zachorzeń poporodowych i śmierci wskutek nich znakomicie zmniejszyła się w porównaniu z czasami dawniejszymi, to jednak i obecnie stosunkowo znaczna liczba kobiet umiera z powodu zakażenia po porodzie. W samych Niemczech rocznie umiera z górą 5000 kobiet na gorączkę połogową. W Warszawie w ciągu dwudziestolecia (1882—1901), według danych sekcji statystycznej magistratu Warszawskiego, zmarło z tego powodu 1892 kobiety, co wynosi 1,54% wszystkich zmarłych kobiet. Jak to ogólnie wiadomo, leczenie, oparte na najnowszych podstawach naukowych: za pomocą surowic, kollargolu, podwiązywania żył, wycinania macicy i t. p. nie daje pożądaných wyników. Nie jesteśmy także w stanie uodpornić ustroju drogą rozmaitych zabiegów przeciwko zakażeniu połogowemu, jak to wykazały doświadczenia Bumma z uodparnianiem chorych za pomocą ich własnych paciorkowców, Polano — za pomocą zabitych hodowli paciorkowców, Hannesa — za pomocą kwasu nukleinowego.

Wobec tego, że, jak wyrażają się niektórzy autorowie, leczenie gorączki połogowej „zbankrutowało“, najlepszą metodą leczniczą jest zabezpieczenie się od niej, t. j. postępowanie zapobiegawcze. Jeżeli zadamy sobie pytanie, jak przebiega okres połogowy po porodach, odbywających się bez żadnej pomocy, znajdziemy odpowiedź już u Semmelweisa w jego pracy z r. 1861 p. t. „Etiologia, pojęcie i profilaktyka gorączki połogowej“. Między innemi wypowiada on tam takie zdanie: „zauważyłem,

że położnice, które odbyły „uliczne“ porody, znacznie rzadziej chorowały, niż te, które odbywały porody w zakładzie położniczym, chociaż w pierwszej kategorii porodów warunki na pozór były znacznie gorsze“.

Winckel, omawiając sprawę szybkich porodów z kliniki położniczej Drezdeńskiej i Monachijskiej w ciągu lat 12, t. j. od roku 1872 do 1883, przedstawia następującą odsetkę zachorzeń:

| na 31 zupełnie rozwiązanych, u których nie czyniono żadnych zabiegów, chorowało | lekko | ciężko | umarło |
|--|-----------|------------|----------|
| na 76, u których tylko było wyściśnięte łożysko | 12 = 39% | — | — |
| na 35, u których były robione przemywania pochwowe, lub było wykonywane cewnikowanie | 27 = 36% | — | — |
| na 23, u których było szyte krocze, lub wykonywane inne zabiegi | 25 = 71%; | 5 = 14,3%; | 1 = 2,8% |
| | 8 = 35%; | 4 = 17,4%; | 2 = 8,7% |

Na zasadzie powyższych liczb wyprowadza wniosek, że te, które przybyły do kliniki nawpół lub zupełnie rozwiązane, nie są narażone prawie wcale na niebezpieczeństwo, o ile ich zewnętrzne i wewnętrzne narządy płciowe pozostają niedotknięte; zachorowują zaś tem częściej i poważniej, im energiczniejsze rękoczyny były koło nich wykonywane przez personel kliniczny.

Nieco obszerniej i dokładniej opracował tę sprawę Scanzoni z kliniki Zweifla w Monachium.

W ciągu 13 lat na 13302 porody zebrał 157 szybkich porodów. Z tych 157 gorączkowało 42 osoby t. j. 26,7%.

Podzielił je na kilka grup:

do 1-ej należą te, u których było bezwzględnie wyłączone jakiegokolwiek dotykane narządów płciowych czy to przez akuszerkę, czy przez lekarza w okresie przedporodowym, podczas porodu lub po porodzie,

do 2-giej należą chore z pęknięciem krocza, lecz nie leczonem,

u 3-iej grupy było wykonywane w pierwszych dniach po porodzie zeszywanie, płukanie, lub badanie, do 4-iej grupy zaliczono te, u których już podczas ciąży istniały zachorzenia natury zakaźnej ze strony narządów płciowych.

Do 1-iej grupy należało 97 kobiet, z których chorowało 21, co wynosi 21,6%. Przecięciowa zachorowalność w klinice wynosi 27%. Stwierdzono, że zachorzenia gorączkowe u osób „niedotykanych“ były bardzo lekkiego natężenia. U tych zaś, gdzie były poważniejsze zaburzenia, zawsze stwierdzono dotykane się akuszerki lub lekarza.

Znajdujemy przeto potwierdzenie zdania, wypowiedzianego przez bakteriologię, że zachorzenia połogowe, powstałe na drodze t. zw. „*autogene Infection*“, są przeważnie natury lekkiej, tymczasem powstałe na drodze „*heterogene Infection*“ dostarczają postaci cięższych.

Zauważyć należy, że te „niedotykane“ przez lekarzy i akuszerki mogły być dotykane przez siebie, lub przez najbliższe otoczenie, które, rozumie się, ma ręce nieczyste.

Dlaczego, pomimo tego dotykania, zachorzenia miewają postać lżejszą, niż po dotykaniu przez lekarzy i akuszerki, objaśnienia bakteriologia. Mianowicie, zarazki działają inaczej, jeżeli przed wprowadzeniem do podlegającego doświadczeniu zwierzęcia pędziły żywot saprofityczny.

Wiadomo, że, jeżeli wysoce zjadliwe zarazki hodowane są dłuższy czas na martwych podłożach, często tracą stopniowo swoją pierwotną zjadliwość; takie zarazki, wprowadzone do żywego ustroju na nowo, mogą nie wywoływać żadnego odczynu, jakkolwiek przedtem silnie na ten ustrój działały.

Przenosząc to na grunt praktyczny, możemy przypuszczać, że, jeżeli nawet na rękach samej rodzącej znajdują się zarazki gorączki połogowej, to jednak, jako pędzące żywot saprofityczny, mogą po wprowadzeniu do pochwy nie wywoływać żadnego odczynu chorobowego, lub bardzo słaby, gdy tymczasem na rękach lekarza lub akuszerki, którzy częściej mają do czynienia z ranami poporodowymi, mogą być te zarazki w postaci zjadliwej. Tembardziej, że dotychczasowe sposoby oczyszczenia rąk nie są w możności usunięcia z nich drobnoustrojów w zupełności.

Tenże autor, chcąc jeszcze dokładniej zbadać sprawę, dokonał szeregu spostrzeżeń, naśladując szybkie porody: przed porodem nie dawano kobietom kąpieli zupełnie, nie oczyszczano zewnętrznych narządów płciowych, nie zmieniano bielizny, nawet gdy była nieczysta; wlewać do odbytnicy nie dawano z obawy, aby ręce akuszerki nie dotknęły organów płciowych rodzącej; rodząca chodziła po sali, dokąd się nie zjawiły bóle dęte. Teraz dopiero kładła się do łóżka w bocznem ułożeniu i zostawała w niem do chwili urodzenia dziecka, naturalnie, bez żadnego ochraniania krocza.

Dziecko odłączano, nie dotykając wcale matki; odejście łożyska pozostawiano siłom natury. Po porodzie chore były obmywane jałową wodą, ale tak, że kawałki wyjałowionej waty były w niej maczane i woda była wyciskana nad zewnętrznymi narządami za pomocą narzędzi wyjałowionych; następnie obkładano położnicę bielizną wyjałowioną i układano na łóżku, pokrytem prześcieradłem również jałowem.

Z takiemiż ostrożnościami odbywano następcze obmywania chorej.

Na 122 przeprowadzone w ten sposób porody było 22 pęknięcia krocza; z tych zeszyto 15 — te wyłączono ze statystyki. Z pozostałych 97 gorączkowało 13, co wynosi $13,4\%$; jeżeli zaś weźmiemy pod uwagę tylko te, które nie miały żadnych uszkodzeń t. j. 90, to gorączkowało $7 = 7,6\%$.

Wyniki te jeszcze raz dowodzą, że zakażenie t. zw. „auto-genne“ z zewnętrznych części jest b. małe.

Z powyższego wynika między innemi, że a) część rodzących niebadanych, niedotykanych, jednak gorączkuje, b) że źródłem zakażenia w znacznej części przypadków jest ręka położnika, względnie — położnej.

Jako przyczynę gorączki, nawet u chorych niebadanych i nie dotykanych, Zweifel uważa obecność niewielkich skrzepów krwi w sklepieniu, tworzących się tam już po odejściu łożyska, i następczy rozkład tychże, powodowany zarazkami, bliżej jeszcze nie zbadanymi, będącymi już przedtem w pochwie, lub immigrującymi.

Z drugiej strony, będąc w operacjach ginekologicznych zwolennikiem bezwzględnego opanowania krwawienia, Zweifel

przenosi to na położnictwo i postanowił te skrzepy ze sklepień usuwać.

W tym celu u każdej świeżo rozwiązanej kobiety w $\frac{1}{2}$ lub w 1 godzinę po odejściu łożyska obnażano sklepienia za pomocą wążkich, płaskich wzierników i skrzepy te usuwano suchymi tamponami.

Od 16 października 1903 r. do 1 kwietnia 1904 r. wykonano ten zabieg kilkaset razy. Po zabiegu tym, w ciągu pierwszych 10 tygodni zastosowanym w 243 porodach, otrzymano 14 razy podniesienie ciepłoty, co wynosi 5,7% — liczba, której pomimo najrozmaitszych starań nigdy przedtem nie osiągnięto.

W następnym kwartale na 313 porodów zachorowalność wynosiła 11,5% (dawniej dochodziła do 13,8—32%).

Schubert z kliniki Küstnera, sprawdzając metodę Zw., znalazł, że na 250 porodów, w ten sposób prowadzonych, gorączkowało 31 = 12,4%, gdy tymczasem na 250 nie podlegających zabiegowi gorączkowało tylko 23 = 9,2%.

Oprócz tego zabieg posiada wiele niedogodności.

W praktyce prywatnej jest on trudno wykonalny z zupełnie ścisłą aseptyką; następnie, skrzepy znaleziono tylko w $\frac{2}{3}$ przypadków; zdarzało się często, że po usunięciu skrzepów w pierwszym dniu, na 3 lub 4 dzień wychodziły w znacznej ilości nowe; po za tem zabieg jest bardzo uciążliwy dla chorej, gdyż dla wykonania go należy ją kłaść na poprzeczne łóżko, i w każdym razie bolesny.

Dla usunięcia przeto tych skrzepów Schubert radzi posilkować się nacieraniem i uciskaniem dna macicy, gdyż to żadnej szkody nie przynosi i jest wykonalne w ciągu kilku pierwszych dni podczas każdej wizyty.

Sigwart uważa, że t. zw. Bluttrockenheit u świeżo rozwiązanych jest niemożliwa — przeto zabieg chybia celu; i bez zabiegu ma tylko 9,8% zachorzeń.

Bokelmann nie widzi, aby Zweifel swoją statystyką dowiódł, że przyczyną gorączki bywają skrzepy w sklepieniu, gdyż, aczkolwiek wykazuje on po swoim zabiegu jakoby mniejszą odsetkę zachorzeń, jednak na przebieg połogu wpływa cały szereg niedających się ściśle określić okoliczności; zbyt przeto ryzykowne jest przypisywać dodatni wynik jednemu wyłącznie czynnikowi.

Bokelmann uważa, że propozycja Zweifla jest krokiem wstecznym. Bezwzględna nieobecność krwi w pochwie jest niemożliwa, ponieważ po porodzie z macicy wypływa krew w ciągu godzin i dni; pomimo więc usunięcia skrzepów w godzinę po porodzie, mogą się wytwarzać nowe w kilka godzin, lub na drugi, trzeci dzień.

Postępując zgodnie z tem rozumowaniem, należało by w ciągu kilku dni po porodzie co parę godzin zabieg wykonywać, gdyż niezrozumiałe jest, dla czego tylko jednorazowe usunięcie skrzepów ma działać tak dodatnio. Powtórę, że względów psychicznych uważa za nieodpowiednie kobietę po porodzie, zmęczoną i pragnącą odpoczynku, niepokoić zmianą pozycyi, zakładaniem wzierników i t. p.

Ponieważ za jedno z zabezpieczających zjawisk uważa B. to, że drobne i większe uszkodzenia zlepiają się wcześniej, niż mogą się w nich rozwinąć znajdujące się w kanale rodnym zarazki (każdy z nas mógł stwierdzić niejednokrotnie zlepianie się krocza, o ile je wypadało zeszywać w kilka godzin po porodzie), wkładanie przeto wzierników sprzyja rozrywaniu się tych zlepień i umożliwia następce zakażenie.

W rezultacie B. jaknajmocniej zaleca unikać każdego ściśle nie wskazanego dotykania rodzącej, lub położnicy.

Müller, zgadzając się z Zweifelem na jego sposób postępowania, sądzi, że, oprócz skrzepów w pochwie, mogą wywoływać gorączkę również resztki błon i doczesnej, pozostałych w macicy, zwłaszcza wtedy, gdy kobieta chorowała na zapalenie śluzówki macicy. Usunięcie przeto tych resztek zapobiega nietylko bezwładnym krwotokom, lecz i gorączce położkowej.

W celu usuwania tych pozostałości M. zbudował specjalny przyrząd, t. j. mocną metalową rurę, wzmocnioną na końcu grzebieniem, na przecięciu mającym postać trójkąta; brzegi grzebienia są, jak w pilniku, chropawe. Pocierając tym przyrządem wewnątrz macicy w różnych kierunkach można bez niebezpieczeństwa usunąć z jej jamy skrzepy, oraz resztki błon.

To pocieranie z płukaniem ma działać trojako:

1) usuwa resztki krwi i jaja; 2) mechanicznie drażni i pobudza do skurczu; 3) działa ciepłem.

Ze względu na to, że rodzące badane i dotykane częściej

gorączkują, niż niedotykane, niektórzy dla uniknięcia tego rażą w porodach prawidłowych unikać zupełnie badania wewnętrznego, lub w razie potrzeby zastąpić je badaniem przez odbytnicę, jak to proponuje Krönig, gdyż, według niego, dla praktycznych celów wystarczy wiedzieć, czy główka przoduje; a to, czy ciemiej jest nieco zwrócone ku przodowi, czy ku tyłowi, nie gra wielkiej roli.

Ahlfeld, Hofmeier dla usuwania niebezpieczeństwa gorączki zalecają płukanie i mycie pochwy.

Ahlfeld na 7000 porodów w ciągu dwudziestolecia (1884—1904) miał przecięciowo bezgorączkowych okresów poporodowych 662 na tysiąc. Tytułem próby w roku 1891 i 92 nie stosował przepłukiwań i liczba ta spadła do 527 na tysiąc, t. j. mniej o 135 w porównaniu z przeciętną liczbą. Operacyjne porody także przebiegały daleko lepiej.

Nakoniec badanie wydzieliny pochwowej po przepłukiwaniach w ciągu kilku godzin wykazywało znacznie mniejszą liczbę kolonii.

Bretschneider przeprowadził szereg spostrzeżeń pod tym względem w klinice Zweifela.

Postępowano ściśle podług przepisów Hofmeiera. Rodzącą najprzód, po obcięciu włosów, obmywano mydłem i ciepłą wodą, a następnie rozczynem sublimatu 1 : 1000.

Po dokładnem odkażeniu rąk, wprowadzano dwa palce do pochwy, przyczem średni wkładano do szyi tak daleko, jak tylko się dało, i kierowano płyn — sublimat 1 : 2000 — głównie w kierunku ujścia zewnętrznego, a wskazicielem wycierano pochwę; następnie zmieniano palce, aby wytrzeć pozostałą połowę pochwy; jednocześnie, przez naciskanie krocza, zabezpieczano wypływ płynu. Ilość płynu wynosiła litr.

Następnie, po każdym badaniu, względnie co dwie godziny, przemywano pochwę sublimatem już w zwykłej pozycji na łóżku; kankę obracano w pochwie tak, aby płyn mógł dostać się we wszystkie kąty pochwy, a głównie do ujścia zewnętrznego.

Spostrzeżenie Br. dotyczy 2280 położnic; z tych 1154 było płukanych, a 1126 tylko obmywanych zewnętrznie.

Ponieważ jednak u operowanych zachorowalność może zależeć od różnych czynników, przeto do wyprowadzania wniosków były brane pod uwagę wyłącznie nie operowane; tych było

1018 płukanych i 972 nie płukanych. Z 1018 płukanych miało podniesioną ciepłotę:

| | | | | | |
|---------|------|---|-----|---|--------|
| powyżej | 38,5 | — | 126 | = | 21,21% |
| „ | 39,0 | — | 137 | = | 13,46% |
| „ | 39,5 | — | 73 | = | 7,17% |
| „ | 40,0 | — | 34 | = | 3,34% |

a z 972 niepłukanych:

| | | | | | |
|---------|------|---|-----|---|--------|
| powyżej | 38,5 | — | 170 | = | 17,49% |
| „ | 39,0 | — | 101 | = | 10,39% |
| „ | 39,5 | — | 60 | = | 6,17% |
| „ | 40,0 | — | 26 | = | 2,67% |

Jak widać z powyższej tablicy, odsetka niepłukanych gorączkujących mniejsza jest ogółem o 3,73%.

Co się tyczy operowanych, to dodatniejsze wyniki były u tych, u których w przebiegu porodu żadne przepłukiwania odkażające nie były robione.

Do podobnych wyników doszedł i Hannes z kliniki Küstnera, gdzie w ciągu roku 1905—1906 stosowano przepłukiwania pochwowe; u niepłukanych zachorowalność wynosiła 7,7% — 9%, a u płukanych 10,8—11,4%, czyli przepłukiwania odkażające powiększają zachorowalność.

Fehling objaśnia ten fakt tem, że wskutek płukania powstają liczne małe uszkodzenia śluzówki. Baisch twierdzi, że płukanie zmienia drobnoustrojowy obraz pochwy, i że na miejsce nieszkodliwych laseczek pochwowych zjawiają się kokki. Nie poślednią rolę gra tu i możliwość wpędzenia w wyższe odcinki kanału rodnego zarazków, które podczas porodu mogły się dostać tylko do dolnych odcinków.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę liczbę gorączkujących po porodach, niewątpliwie okaże się, że chore z widocznymi uszkodzeniami znacznie częściej gorączkują, niż bez uszkodzeń.

Tak np. Hannes w ciągu 8-letniego okresu (1901—1908) naliczył na 3672 porody bez uszkodzeń 417 gorączkujących, co wynosi 11%, a na 476 z uszkodzeniami 48 = 17%.

Dokładne przeto wyczekiwanie w ostatnim okresie porodu

i staranna ochrona krocza jest bardzo ważnym czynnikiem zapobiegawczym.

Podczas każdej operacji położniczej, wykonywanej nawet przez najwięcej doświadczonego położnika i władającego dobrze aseptyką, z natury rzeczy następuje znacznie więcej uszkodzeń miękkich części, niż prawidłowo, a przez to łatwość zakażenia; operacja przeto winna być wykonywana li tylko podług najściślejszych wskazań (Krönig, Herff i inni).

Jako jeden z ważnych czynników zapobiegawczych szereg autorów z Küstnerem i Krönigiem na czele uważają wczesne wstawanie po porodzie. (p. Przegląd chirurg. i ginekol. Tom II, zes. II, sprawozdanie z mego referatu „O wczesnem wstawaniu“, odczytanego na pos. sekcji ginekolog. w maju 1909 r.).

Z chwilą, kiedy w chirurgii nastąpiła tak zwana przez niektórych „era gumowa“, zaczęto stosować i w położnictwie rękawiczki gumowe. Zaczęli żądać tego przedewszystkiem Döderlein i Küstner.

Dla porównania wyników zestawił Sticher z kliniki Küstnera 1200 porodów, obsługiwanych przez personel, uzbrojony w rękawiczki, z taką liczbą porodów, obsługiwanych bez rękawiczek.

Z tych spostrzeżeń wyprowadza wniosek następujący: „Postrzegamy w naszych samoistnych porodach po wprowadzeniu gumowych rękawiczek jeszcze 10,5 — 12,1% zachorzeń poporodowych wskutek zakażenia, pochodzącego niewątpliwie z rany porodowej; wiemy jednak, że należy wyłączyć ręce położnika, jako czynnik, wywołujący to zakażenie“.

Dalej Sticher wnioskuje, że przy pomocy kombinacji aseptyki rąk lekarza i odkażania narządów płciowych rodzącej najlepiej i najpewniej jest zwalczać niebezpieczeństwo zakażenia (Praca Stichera zawiera materiały do 1 października 1900 r.).

Hannes z tejże kliniki podaje wyniki, poczynawszy od 1 października 1900 r. do 31 marca 1908 r. Na 4824 rodzących w tym okresie urodziło samoistnie 4255. Z tej liczby zmarło 9, które nie są brane w rachubę. Z pozostałych 4246 gorączkowało 515, co wynosi 12%, gdy tymczasem, podług Stichera, przed wprowadzeniem rękawiczek gorączkowało 17,5 — 19,1%.

Z drugiej strony tenże autor wnioskuje, że badanie we-

wewnętrzne przez rękawiczki wcale nie podnosi odsetki zachorzeń. Baisch również twierdzi, że na przebieg położu zupełnie nie wpływa to, czy rodząca była badana w rękawiczkach raz, czy kilka razy.

Co się tyczy porodów operacyjnych, to w powyżej przytoczonym okresie czasu było wykonane 559 operacji; gorączkowało 116, co wynosi 20%, gdy tymczasem przed wprowadzeniem rękawiczek gorączkowało 35%. Jeżeli odliczyć od tego te, które gorączkowały z powodów, niezależnych od organów płciowych, jako to: z powodu bronchitis, mastitis, polyarthritis i t. p., to zostaje tylko 18%, a po odliczeniu gorączkujących tylko 1 dzień odsetka wynosi tylko 13%.

Parę słów w sprawie rękawiczek. Jak wykazał Küstner, Küster i inni, rękawiczka gumowa działa na skórę ręki, jak okład rozgrzewający; skóra ręki maceruje się i na jej powierzchni wytwarza się t. zw. „sok rękawiczkowy“, składający się z komórek naskórka, potu, tłuszczu i drobnoustrojów, które znajdują się, według jednych w zagłębieniach naskórka, a według innych w gruczołach potowych i tłuszczowych. Po najmniejszym uszkodzeniu rękawiczki sok ten przedostaje się do rany i silnie ją zakaża.

Dla uniknięcia tego tworzenia się „soku“ Herff radzi rękę, dobrze umytą, obetrzeć do sucha wyjałowioną serwetą i kłaść rękawiczkę suchą, której wewnątrz jest wysypane wyjałowionym talkiem. Inni radzą podczas operacji często zmieniać rękawiczki; inni znowu nie nadają temu „sokowi“ wielkiego znaczenia, o ile przedtem skóra ręki była dobrze przesycona sublimatem.

Pewna trudność zachodzi w wyjaławianiu, ponieważ, jak twierdzą, zwykle gotowanie niedostatecznie wyjaławia wewnątrz rękawiczki, ujemnie działa na jej sprężystość i szybko psuje, co nie jest bez znaczenia praktycznego ze względu na dość wysoką cenę rękawiczek.

Heussner proponuje przeto gotowanie w glicerynie w specjalnym przyrządzie, Schauta radzi wkładać w rękawiczki gazetę; Littauer—wywracać rękawiczkę na drugą stronę i powtórnie gotować, lub też nadziewać je na drewniane prawidła.

Clapp i Donitz, Meissner zamiast rękawiczek radzą używać chirosoter, który powleka rękę błoną nieprzemakalną.

Gruzdiew, zważywszy różne niedogodności rękawiczek o których była wyżej mowa, proponuje zamiast nich używać osobnych gumowych palców, uważa bowiem, że mają one wszelkie dodatnie strony rękawiczek bez ich wad.

Podczas operacji z raną stykają się przedewszystkiem palce, a nie dłonie; następnie, najtrudniej ulegają oczyszczaniu paznokcie, a te zostają osłonięte przez palce; wyjaławianie łatwe przez gotowanie, nie zbiera się w nich „sok“ i są tańsze, gdyż, w razie uszkodzenia, każdy zmienia się oddzielnie.

Zaznaczyć jeszcze tutaj winniem, że Dünges dla aseptycznego operowania w jamie macicy zaproponował maczać rękę w wyjałowionym za pomocą gotowania tłuszczu, lub też uzbroić przedramię w mankiet z gazy lub z gumy i maczać także w tłuszczu.

Zestawiając wszystko, wyżej wypowiedziane, można postawić następujące wnioski:

1) Należy możliwie unikać dotykania narządów płciowych rodzącej.

2) To, co się styka z rodzącą, a więc prześcieradło, podkład, bielizna, wata, winno być wyjałowione.

3) Badanie wewnętrzne winno być możliwie ograniczone.

4) Wszelkie zabiegi operacyjne na rodzącej winny być dokonywane tylko na zasadzie najściślejszych naukowych wskazań.

5) Używanie rękawiczek gumowych winno być szeroko propagowane, jak w porodach samoistnych, tak i w operacyjnych.

6) T. zw. zapobiegawcze odkażające przepłukiwania pochwowe nie mają racji bytu.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Ahlfeld. Hat die präliminare Scheidenreinigung einen Einfluss auf die Wochebettmorbidity? (Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. B. 54 H. 1).
- 2) Baisch. Der Einfluss der Scheidendesinfection auf die Morbidity im Wochenbett. (Archiv für Gyn. B. 76).
- 3) Bokelmann. Zur Verhütung von Fieberfällen im Wochenbett. (Zentralblatt f. Gyn. № 26 1004).

- 4) Bretschneider. Klinische Versuche über den Einfluss der Scheidenspülungen während der Geburt auf den Wochenbettsverlauf. (Arch. f. Gyn. B. 63).
 - 5) Bumm. Zur Kenntniss der Eintagsfiebers im Wochenbett. (Zentralblatt f. Gyn. № 45 1897).
 - 6) Dünges. Zur Prophylaxis des Wochenbettsfiebers. (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. B. 25 H. 4).
 - 7) Gruzdiev. K woprosu o zamienie resinowych pierczatok w akuszorsko-ginekologiczeskoj praktiki. (Nowoje w Medicinie. № 2 1910).
 - 8) Zur Verhütung des Kindbettsfiebers. (Münch. med. Wochenschrift № 37 1908).
 - 9) Krönig. Ueber Einschränkung der aseptischen Maassnahmen in der Geburtshilfe. (Münch. med. Wochenschr. № 47 1908).
 - 10) Hannes. Die Gummihandschuheprophylaxe in der Geburtshilfe. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. 65 H. 1).
 - 11) Müller Arthur. Ueber die Verhütung der Fieberfälle im Wochenbett (Zentralbl. f. Gyn. № 26 1904).
 - 12) Scanzoni. Ueber den Wochenbettsverlauf bei präcipitirten Geburten und solchen Geburten, bei denen keine Hilfeleistung von seiten geburtsleitender Personen stattfand. (Arch. f. Gyn. B. 63).
 - 13) Schubert. Die Bedeutung der Zweifelschen Blutcoagulum (Monatschrift f. Geb. B. 26 H. 3).
 - 14) Polano. Ueber Prophylaxe des Streptokokkeninfektion bei Geburt und Operation durch aktive Immunisierung. (Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. B. 56 H. 3).
 - 15) Fehling. Klinische Untersuchung und Morbidität in Kindbett (Verhandl. der Deutsch. Geb. 1899).
 - 16) Sigwart. Moderne Bestrebungen der Prophylaxe des Puerperalfiebers. (Zentralbl. f. Gyn. № 41 1904).
 - 17) Ruch ludności miasta Warszawy za okres dwudziestoletni (oprac. przez Sekcyę Statystyczną Magistratu miasta Warszawy. 1902 r).
 - 18) Sticher. Händesterilisation und Wochenbettsmorbidität. (Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. B. 45).
 - 19) Zangenmeister und Th. Meissl. Untersuchungen über die Verwandtschaft saprophythischer und pathogener Puerperalstreptokokken und über die Streptokokkenimmunität. (Zeitschr. B. 58).
 - 20) Zangenmeister. Beitrag zur Frage der Wochenbettsmorbidität. (Zeitschr. B. 47).
 - 21) Zweifel. Ueber die Verhütung der Fieberfälle im Wochenbett. (Zentralbl. f. Gyn. № 21 1904).
 - 22) Tenze. (Zentralbl. f. Gyn. № 1 1906).
 - 23) Winckel. Ueber die Bedeutung präcipitirter Geburten für die Aethiologie des Puerperalfiebers. (München 1884).
-

STRESZCZENIA.

I. CHIRURGIA.

Kolb. *O wynikach odkażania za pomocą alkoholu i jodyny.*

W klinice chirurgicznej w Stuttgarcie od maja roku 1908 stosuje się wyłącznie odkażenie za pomocą alkoholu. We wszystkich przypadkach, operowanych po takim okażeniu, następował rychłozrost. Odkażanie za pomocą alkoholu odbywa się w ten sposób. Po zupełnie krótkiem obmyciu rąk za pomocą mydła w letniej wodzie, bez użycia szczotki, następuje systematyczne wycieranie rąk w ciągu 5 minut alkoholem 95%, za pomocą wyjałowionych kawałków muslinu. Nie zauważono przytem nigdy żadnego uszkodzenia rąk. W ten sam sposób przygotowuje się pole operacyjne, tylko, że zamiast obmywania wodą z mydłem wieczorem przed zabiegiem dostaje chory kąpiel. Jeżeli potem operuje się nawet bez wyjałowionych gumowych rękawiczek, to nie następują nigdy żadne powikłania. O wiele ważniejsze byłoby nakładanie gumowych rękawiczek do badania przez pochwę i odbytnicę, a także w ropnych i septycznych sprawach. W prostych technicznie zabiegach można dotykać do tkanki wyłącznie wyjałowionemi narzędziami i wtedy możnaby wkładać, według autora, nawet tylko niciane rękawiczki. W przypadku możliwie suchego operowania pozostają na nich jedynie ślady czerwonych prążków od zawiązywania szwów. Jeszcze dalej idącym ułatwieniem odkażenia jest smarowanie pola operacyjnego jodyną. Ze względu na podrażnienie skóry, które występuje czasami po tym sposobie, stosuje autor w większych zabiegach jedynie odkażanie za pomocą alkoholu. Natomiast jodynowanie nadaje się świetnie w zabiegach z dziedziny małej chirurgii, a także w świeżych ranach i uszkodzeniach. Jest to sposób szybki, niebolesny i skuteczny, gdyż gojenie się rany odbywa się prędko, bez żadnych powikłań. Dobrze strony odkażania za pomocą alkoholu, a mianowicie: oszczędność czasu, rąk i pewne działanie, są oczywiste.

Te dwa nowe sposoby, dzięki ich prostocie i dobremu działaniu, zadawałajacemu wszelkie wymagania praktyczne, po-

winni stać się ogólnie używanymi przez chirurgów i lekarzy praktyków.

(*Münchener medicinische Wochenschrift* № 6 8/II 1910).

F. POŻARYSKA.

Lübeck. *O wartości smarowania jodyną do odkażania skóry przed zabiegami operacyjnymi.*

W klinice Rotha stosowano smarowanie skóry jodyną w 500 zabiegach, pomiędzy którymi było 153 cięć brzucha, i we wszystkich tych zabiegach nastąpił rychłozrost i nie było żadnego zakażenia wtórnego ze strony skóry. Odkażenie pola operacyjnego za pomocą jodyny jest też bardzo dogodnie w miejscowych sprawach ropnych, jest ono, w porównaniu z szorowaniem szczotką i myciem mydłem, o wiele mniej bolesne. Jednak najlepsze wyniki daje ten sposób w zapalnych sprawach jamy brzusznej.

W 69 przypadkach zapalenia otrzewnej i tkanki dookoła wyrostka robaczkowego było stosowane odkażanie jodyną bez żadnych złych skutków. Dotychczasowe przygotowywanie pola operacyjnego miało ogromnie ujemną stronę — mechanicznego uszkodzenia skóry, wskutek którego następowało podrażnienie, a nawet zapalenie tej ostatniej i, jako wynik, zakażenie wtórne. Szczególniej w rozlanych ropnych sprawach w jamie brzusznej, kiedy nie wiemy, jak daleko sięgają sprawy zapalne i kiedy, po zbyt gwałtownem tarcu, grozić może pęknięcie otorbionych zbiorowisk ropy, dotychczasowy sposób mycia musi nieodzownie być zastąpiony smarowaniem jodyną. Przygotowania do zabiegu wywierają ogromnie nieprzyjemne wrażenie na chorego i wpływają bezwarunkowo szkodliwie na stan nerwów; miewa to miejsce nawet w uspieniu weronalem lub skopolaminą. Odkażanie zaś już po uspieniu chloroformowem przedłuża stan uspienia i zwiększa ilość użytego środka usypiającego. Zła strona odkażania jodyną polega na zaczerwienieniu i paleniu skóry, występujących u niektórych chorych. Usuwa to zupełnie jodowa benzyna według przepisu Heussnera, składająca się z 10 cm. Tincturae Jodi, rozpuszczonej w 750 gr. benzyny z dodatkiem 250 gr. płynnej parafiny. Owa parafina zastyga odrazu jako delikatna błonka na powierzchni ciała i chroni ją przed światem zewnętrznym, nie występuje wtedy swędzenie i nie tworzą się pęcherze. Po 8 dniach powierzchowna warstwa zdejmuje się w postaci błonczki. Jedynie na mosznie stosowanie jodyny nie może być stosowane ze względu na istniejące tam fałdy i zmarszczki skóry. Natomiast oczyszczanie skóry dookoła sztucznego odbytu lub przetoki kałowej za pomocą jodowej benzyny z parafiną zastąpić może opatrunki z maściami, gdyż warstewka parafiny chroni skórę całkowicie od gryzącego wpły-

wu kału i ropy. Dla operującego ma smarowanie jodyną pewne niedogodności, polegające na tem, że orientacya w polu operacyjnem, zabarwionem na czarno, jest z początku poniekąd utrudniona. Do nakładania opatrunku z lepkiego plastra należy uważać też, żeby pomiędzy tym ostatnim a jodynowaną skórą pozostawała warstwa gazy, gdyż inaczej tworzą się łatwo pęcherze. Badania mikroskopowe kawałków skóry jodynowanej, wziętej w czasie zabiegu, utrwalonej i przepojonej azotanem srebra wykazały, że działanie jodu jest trwałe i idzie do głębokich warstw.

(*Münchener medizinische Wochenschrift* 1910 № 6).

F. POŻARYSKA.

Meyer. *Odkazanie i leczenie ran z pomocą jodbenzyny.*

Swego czasu podał Heüssner do odkazania skóry rąk i pola operacyjnego jodbenzynę. Obecnie na mocy dalszego doświadczenia poleca ten sposób Meyer z taką odmianą, że do mieszani-
ny daje się mniej jodu i parafiny, tak że formuła brzmi:

Jod. 0,5
Benzin. 800,0
Parafin. ad 1000,0

Prócz tego po 5-cio minutowem myciu dodaje obecnie Heussner jeszcze obmycie $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ minuty 96% alkoholem, a to celem usunięcia zabarwienia skóry i zmniejszenia ślizgości rąk od parafiny. Nie należy przy tym sposobie używać wogóle płukań rąk przetworami rtęci i nie moczyć rąk przedtem we wodzie.

Sposób Heüssnera jest pewny, krótki i tani. Np. mycie 4 lekarzy do operacji kosztuje 0,99 marki, podczas gdy mycie np. alkoholem Brunna wypada na dwie marki, a alkoholacetonem jeszcze drożej.

Ponadto jodbenzyna nadaje się znakomicie do odkazania skóry po zranieniach i pielęgnowania tejże w okolicy przetok, odbytow sztucznych i t. p. W razie dużej drażliwości skóry zwiększać należy ilość parafiny i nie myć potem alkoholem.

Przed samą operacją obecnie Heüssner rozpyla na skórę, celem zatrzymania drobnoustrojów z głębi, następujący pokost jodowy:

Jodi 2,0
Solve in
Alcohol-abs.
Aether. aa 10,0
Adde
Kollod. 2,5
Aether. ad 100,0

(*Medizin. Klinik* 1910 № 34).

A. KLĘSK.

Kugel. *Przypadek pęknięcia serca.*

44 letni robotnik bez widocznej przyczyny wśród pracy stracił nagle przytomność; na chwilę odzyskał ją wkrótce, ale tętno znikło zupełnie. Śmierć w 42 godziny. Badanie zwłok wykazało skośne pęknięcie prawego przedsionka.

W przypadku tym, gdyby rozpoznanie było należycie zrobione, zabieg operacyjny może by uratował chorego, a było nań odpowiednio dużo czasu

(*Prag. med. Woch. № 27*).

A. KLĘSK.

Brugsch. *O zachowaniu się serca w bocznem skrzywieniu kręgosłupa.*

B. wspólnie z Franklem badali zachowanie się serca w różnych skrzywieniach kręgosłupa i wpływ pelzania na serce. Otóż przedewszystkiem prawie do wyjątków należy, by w skrzywieniu kręgosłupa serce było zupełnie prawidłowe. Znalezione przerost i rozszerzenie serca w 56,4% prawego, w 17,5% lewego.

Zmiany w sercu spostrzegane za pomocą promieni Röntgena polegały przeważnie na zagięciu aorty, skręcie serca, a prawie w 80% serce, zresztą z zasady zmałe, przedstawiało t. zw. mitralną konfigurację.

Przerost lewej komory odnieść należy w skrzywieniach kręgosłupa do niezwykłych oporów w krążeniu w aorcie, prawej zaś komory, zwłaszcza w garbatości, do utrudnienia krążenia w tętnicy płucnej i ucisku odpowiedniego płuca.

Na wszystkie też zboczenia działa pelzanie bardzo korzystnie.

(*Münch. Medicin. Woch. № 33*).

A. KLĘSK.

Carrel. *Przyczynek do chirurgii doświadczalnej aorty piersiowej.*

Operacye na aorcie piersiowej połączone są z otwarciem opłucnej. Ponieważ wymagają one bardzo rozległego otwarcia tułowia, przeto ruchy oddechowe żeber i przepony wywierają na płuca wpływ bardzo nieznaczny i dlatego autor w doświadczeniach odnośnych posługiwał się prostą a skuteczną metodą Meltzera, dzięki której wymiana gazów odbywa się zupełnie nie zależnie od ruchów oddechowych płuc.

Meltzer dowiódł, że, doprowadzając do płuc stały prąd powietrza, osiągnąć można prawidłową wymianę gazów bez ruchów oddechowych. W tym celu do miejsca rozdwojenia tchawicy wprowadzano psu, zatrutemu kurarą, rurkę gumową, której średnica odpowiadała połowie średnicy tchawicy, a przez rurkę wtłaczano stały prąd powietrza pod ciśnieniem 12—15 mm.

Po otwarciu klatki piersiowej na znacznej przestrzeni zwierzęta utrzymywano przy życiu w ciągu 3 — 4 godzin wobec zupełnie nieruchomych płuc. W takich warunkach Carrel wykonał przede wszystkim kilka zabiegów względnie łatwych, jak wycięcie jednego zraza płuca, wycięcie całkowite przełyku z zeszcieniem końców, otwarcie obustronne opłucnej i osierdzia, wycięcie kawałka żyły głównej wstępującej. Większość zwierząt zabiegów te zniosła doskonale. Zachęcony powodzeniem, przystąpił autor do doświadczeń na aorcie piersiowej, mających na celu wyrobienie techniki operacji wytwórczych bez przerwy w krążeniu krwi.

Doświadczenia robiono na psie w uśpieniu eterowem, stosując metodę, opisaną wyżej, dzięki której udało się, pomimo rozległego otwarcia opłucnej, zabiegi chirurgiczne doprowadzić do końca.

Wykonano sześć operacji na sześciu psach. U trzech z nich przecięto poprzecznie aortę piersiową, zrobiono kilka prób intubacji, o której będzie mowa niżej, i w końcu zespolono przecięte odcinki. Przerwa w krążeniu wynosiła 3—6 minut. Zabieg ten zwierzęta zniosły doskonale. Operacja czwarta polegała na podłużnem przecięciu aorty przy podstawie serca — na przestrzeni 3 centymetrów; następnie nałożono szew na ranę. Pies wyzdrowiał. W doświadczeniu piątym przecięto aortę zstępującą, i pomiędzy końce jej wszyto odcinek żyły jarzmowej, zachowany w jałowym roztworze soli ciepłoty 0°. Pies wyzdrowiał, ale nastąpiło zeszcinywanie kończyn tylnych, które stopniowo zmniejszało się, a które autor przypisuje długiej, bo 17-minutowej przerwie w krwioobiegu. Wreszcie ostatnia operacja polegała na próbie intubacji czasowej naczynia, w celu uniknięcia następstw długiej przerwy w krążeniu krwi. W aorcie piersiowej, podczas krótkiej przerwy w krwioobiegu, zrobiono małe nacięcie, przez które wprowadzono do światła rurkę parafinową, przylegającą do ściany naczynia. Następnie, po przywróceniu krążenia, wycinano na rurce część ściany aorty, na miejsce jej wszywano kawałek żyły głównej. Rurkę wyjmowano potem przez małe nacięcie w aorcie. Na razie zwierzę zabieg zniosło dobrze, ale na 12 dzień zdechło skutkiem krwotoku w następstwie martwicy dolnego brzegu płata żylnego.

Dzięki metodzie Meltzera operacje powyższe niewiele się różnią od operacji odnośnych w jamie brzusznej.

Intubację czasową Carrel uważa za środek pomocniczy prosty i nadzwyczaj praktyczny, pozwalający wykonywać operacje wytwórcze na aorcie.

(Bulletins et mémoires de la Soc. de Chir. de Paris. Tom 35 № 39).

A. WERTHEIM.

Laméris. *Przyczynek do leczenia żyłaków sznurka nasiennego.*

L. doświadczenia swe opiera na 63 chorych, z których potem badał następnie 34. Przeważnie operował L. sposobem Naratha (otwarcie kanału pachwinowego z wysokim wycięciem żył). Sposób ten jest o tyle wartościowy, że zarazem dozwala na operację istniejącej przytem przepukliny. A jest to bardzo ważne z następujących powodów: chorzy, cierpiący na żyłaki moszny, przedstawiają zwykle 3 typy: 1) nie mają żadnych dolegliwości i cierpienie wykrywamy przypadkowo; 2) chorzy odczuwają bóle, ciągnięcie w jądrach, schodzące w krzyże lub uda, przypadłości te znikają po położeniu się; 3) chorzy, u których górują zaburzenia psychiczne i neurastenia. Pierwszych chorych operować nie trzeba, zresztą żyłaki z czasem znikają samoistnie, a trzecich nie wolno, bo po operacji poprawy wtedy zupełnie się nie osiągnie.

Natomiast przedmiotem operacji bywa grupa druga. Ale tu ściśle badanie wykazuje, że prawie zawsze prócz żyłaków istnieje i przepuklina tak, że zachodzi tu pytanie, czy w ogóle te przypadłości nie pochodzą raczej od przepukliny, zwłaszcza że często i bardzo duże żyłaki nie dają objawów, a naodwrot przypadłości pozostają nadal nieraz po operacjach samych żyłaków, bez zoperowania przepukliny.

Na mocy tego zapatrywania postąpił N. nawet w kilku przypadkach w ten sposób, że wogóle nie ruszał żyłaków i te z czasem znikły, lecz zoperował tylko wypuklenie otrzewnej i wynik co do przypadłości był zupełnie dobry. Obawa, że żyłaki z czasem wywołają zanik jądra, jest niesłuszna. Jądro na stronie chorej jest zwykle mniejsze i wiotsze, to prawda, ale to zmniejszenie występuje już i w początkach żyłaków i nie zwiększa się z czasem. Wskazanie więc do operacji żyłaków ścieśnia się przez to jeszcze bardziej.

(*Münch. med. Wochenschr.* № 13).

A. KLĘSK.

Enderlen i Borst. *Przyczynki do chirurgii naczyń i przeszczepiania narządów.*

W części pierwszej pracy omawia Enderlen szew naczyń, jako też wyniki dotąd osiągnięte, i przeszczepianie tkanek. Z licznych sposobów szwu naczyń najpewniejsze są dwa: 1) łączenie za pomocą protezy aluminiowej podług Payra i 2) szew Carrela.

Protezy są bardzo wygodne, krwotok następowy nie występuje po nich nigdy, ale dają się zastosować tylko do naczyń dużych. Co się tyczy szwu, to chodzi znów o to, by połączyć ze sobą jaknajdokładniej obie powierzchnie błony wewnętrznej. Carrel szyje ciekim parafinowanym jedwabiem. Przed szwem

zaciska się kikuty naczyń, a po szwie zdejmuję na tętnicach najpierw zaciskadło obwodowe, potem dosercowe, a na żyłach odwrotnie. W razie zadużego odstępu można wszczepiać inną tętnicę w tętnicę, ew. żyłę z tego samego osobnika w tętnicę.

W jednym przypadku osiągnął E. w ten sposób po wycianiu tętnicy udowej za pomocą wszczepienia w nią żyły nożnicowej doskonały wynik. Przecinając żyły, trzeba pamiętać o zastawkach żylnych. U człowieka próbowano w zgorzeli miażdżycowej dokonać zespolenia tętniczożylnego. Próbował jej i E., ale bez skutku.

Z innych przeszczepień próbowano i uzupełniania moczuwodu przez naczynie bez skutku, uzupełniania cewki podobnie bez skutku, leczenie wodogłowia (Payr) z pomocą wprowadzenia odpreparowanej żyły do komory (E. polecałby już prędzej używać tętnicę, bo żyły zaraz zapadają się) i t. p.

W dalszym ciągu wykorzystano szew naczyń do przeszczepiania narządów. Tutaj okazał się mistrzem Carrel. Przeszczepienia te udają się jednak tylko u tego samego ew. u osobnika z tego samego gatunku (homoioplastyka), a nigdy z odrębnego.

Najczęściej jednak mimo, że naczynia się przygoją i krew krąży, narząd, przeszczepiony z innego osobnika, ulega z czasem wessaniu.

Także i połączenie zwierząt, parabioza, nie udaje się w całym tego słowa znaczeniu. Autor wspólnie z Flörckenem i Hotzem łączyli u psów tętnice i żyły szyjne naprzemian, aby przez to uzyskać zupełną wymianę krwi u obu osobników.

Wprawdzie krew krążyła i próby z barwnikiem i floridzyną to potwierdziły, ale żadne ze zwierząt nie przeżyło 3 dni. Natomiast nie zauważono nigdy potem hemoglobinurii, co wprowadziło badaczy na myśl stosowania w ten sposób przelewania krwi. U dorosłych łączy się w znieczuleniu miejscowym tętnicę promieniową dającego z żyłą środkową łokcia biorącego, u dzieci z żyłą pachową. Zwykle przelanie trwa tak długo, aż ciśnienie krwi dającego opadnie na 100 — 95 mm., co zwykle trwa 30 — 45 minut.

Wskazaniami do takiego przelewania krwi są: ciężka niedokrwistość po utracach krwi wskutek urazów, operacji, porodów, wrzodów żołądka, zatrucia gazami i t. p., natomiast unikać należy, ze względu na dającego, przelania w gruźlicy, kile i niedokrwistości złośliwej.

W drugiej części pracy Borst omawia obrazy drobnowidzowe i anatomię patologiczną przeszczepiań i szwu naczyń.

Uważać należy szyjąc, by nie zasilnie zaciskać naczynia, bo zaraz tworzy się w tych miejscach zgorzel. Idealne zgojenia spostrzega się tylko u tego samego osobnika, natomiast nawet w najidealniejszych przeszczepieniach homoioplastycznych

zgojenie następuje w ten tylko sposób, że tkanka wszczepiona z innego pokrewnego osobnika zostaje z czasem w zupełności zastąpioną tkanką organizmu. Dlatego też Carrel uzyskał dodatni wynik po wszczepieniu naczyń martwych, przez 20 dni zachowywanych w formolu. W razie wszczepienia żyły w tętnicę, błony wewnątrz i środkowa wszczepionej żyły ulegają rychło przerostowi, przyczem i w błonie wewnętrznej zjawiają się komórki mięśniowe. Zupełnie to samo odnosi się do przeszczepiania narządów. Ta tylko autoplastyka jest skuteczna. Transplantacje obce dają lepsze wyniki u zwierząt niższych i bezkręgowców, a zwłaszcza u zarodków.

(*Münch. med. Wochenschr.* 1910, № 39).

A. KLĘSK.

Franck. *Cięcie tchawicy poprzeczne.*

Dążenia nowoczesnej chirurgii mają na celu, prócz zabiegów ratujących życie, także uwzględnienie i strony kosmetycznej i czynnościowej operowanego.

Z tego też powodu wiele klasycznych zabiegów poddano rewizyi i wiele też w nich zmieniono.

Takim klasycznym zabiegiem jest cięcie tchawicy. Zachodzi jednak pytanie, czy wykonujemy je dobrze, czy nie można wykonywać lepiej?

W odpowiedzi na to zaznaczyć należy, że pierwotnie wykonywano tracheotomię poprzecznie (Antyllus), lecz wtedy była zabiegiem niebezpiecznym i dlatego cięcie podłużne wprowadził Hollerius i Fabricius ab Aquapendente (XII wiek) i od tego czasu powstała tracheotomia podłużna, jako typowa operacja. A jednak udowodnić nie trudno, że właściwie cięcie poprzeczne jest najsluszniejsze.

Co do obawy przecięcia żył szyjnych przednich, to unika się go, przez podniesienie podłużnego fałdu skóry i przecięcie głęboko poprzecznie. Natomiast wynik kosmetyczny operacji poprzecznej jest ogromny. Już samo układanie się szyi w poprzeczne fałdy przemawia na korzyść tego.

Tak samo i brzegi rany tchawicy przykładają się do siebie bardzo szczelnie i gojenie następuje przez rychłozrost, albowiem nie ma tu żadnego zaułka, jak po cięciu podłużnem od dołu, gdzieby zatrzymywała się wydzielina. Także orientacja po cięciu poprzecznem jest łatwa, podczas gdy po cięciu podłużnem nieraz zdarza się, że schodzi się w bok od linii środkowej i omija się tchawicę..

Odpada też potrzeba ciągłego symetrycznego trzymania boków. Także wielkie ma zalety cięcie poprzeczne ze względu na gruczoł tarczowy. O ile w cięciu podłużnem można się sprzeczać, czy lepiej jest wykonać otwarcie górne, środkowe, czy dolne, to w cięciu poprzecznem skrupuły te odpadają, albo-

wiem wobec cięcia liniowego zawsze jest dość miejsca na operację i nie wejdzie się w kolizję ani z gruczołem tarczowym, ani z nieprawidłowościami naczyń. Także i ostatni akt operacji t. j. otworzenie tchawicy i wprowadzenie rurki w cięciu poprzecznym przedstawia się znacznie korzystniej. W cięciu podłużnym zamyka się zaraz otwór, gdy głowa operowanego opada w tył, w poprzecznym zaś właśnie rana tchawicy wtedy rozchyła się tak, że łatwo wprowadzić można rurkę bez pomocy haczyków, rozszerzadeł i t. p.

Przecięcie pierścieni tchawicowych nie jest też obojętne, ze względu na samo światło tchawicy. Gojenie nie następuje tu nigdy prawie przez bezpośredni zrost chrząstek, lecz jedynie z pomocą wiotkiej tkanki bliznowej. Takie zwężenia następce nie należą tu do rzadkości.

Że różnica ta jest widoczna, przekonuje nas szybkość gojenia się po wyjęciu rurki, włożonej na stałe. Po cięciu poprzecznym następuje ono szybko przez rychłozrost, albowiem same mięśnie szyjne ułatwiają zetknięcie się dokładne brzegów rany.

W ten sposób w klinice Rehna operowano dotąd 12 przypadków. Do operacji w zasadzie wystarcza z narzędzi nóż i rurka. Nawet jeżeli tej ostatniej nie mamy pod ręką, możemy czekać, albowiem po cięciu poprzecznym przez odchylenie głowy ku tyłowi rana tchawiczna pozostaje ziejącą. Wrazie cięcia tchawicy z powodu ciał obcych cięcie to jest idealne, bo gojenie następuje nadzwyczaj dobrze.

(*Munch. med. Wochenschr.* № 6, 1910 r.).

A. KLĘSK.

Weitz. *Nowy przyrząd do nakłucia opłucnej.*

Przyrządy ssące Dieulafoy, Potaina, Furbringera i t. p. mają tę wadę, że nie można w ich użyciu dokładnie ocenić siły ssącej, ani też ciśnienia, panującego w jamie opłucnej. W przyrządach znów lewarowych można zmieniać siłę ssącą, podnosząc lub opuszczając wolny koniec sączka i nie jest to prawdą, by one usuwały niedokładnie wysięk, owszem w razie węża długiego na 80 cm. można dojść aż do ciśnienia ujemnego 80 mm.

W pozycji siedzącej panuje często w początkach nakłucia ciśnienie ujemne, i z tego powodu przy lewarach trzeba przedtem napędnąć węża jakimś jałowym płynem, co wymaga znów zaciskania, pomocy i t. p.

W przyrządzie autora napędnianie odbywa się bardzo prosto, wprost płynem z opłucnej. Przyrząd cały składa się z igły o 3 kurkach—jeden boczny pomiędzy dwoma środkowymi, strzykawki i węża długości 80 — 90 cm..

Nakłucia dokonuje się w następujący sposób:

Najpierw wbija się igłę ze strzykawką z otwartymi kurkami środkowymi, a zamkniętym bocznym, i wyciąga trochę

plynu. Wtedy zamyka się kurek od opłucnej, a otwiera boczny, do którego przyczepiony jest wąż, przez co wąż zapełnia się wysiękiem. Wtedy zamyka się kurek od strzykawki, a otwiera od opłucnej i płyn obecnie odpływa spokojnie już do węża lewarem. Wtedy odejmuje się strzykawkę od igły

Na końcu węża znajduje się rurka szklana zagięta, pozwalająca każdej chwili oceniać ciśnienie i regulować szybszy lub wolniejszy odpływ. Nakłucie należy przerwać, gdy w dużych wysiękach osiągnie się — 2 cm., a w średnich — 11 cm.

(Münch. med. Wochenschr. № 31).

A. KLĘSK.

Seydel. *O nadawaniu się do operacji guzów płuc i opłucnej.*

Rozprawy o pomyślnych operacjach na płucach z powodu guzów mnożą się stale. Na wielkie trudności napotyka się jednak w rozpoznawaniu. Objawy guzów płuc dzielimy na ogólne i miejscowe.

Z ogólnych zwracają na się uwagę: szybkie chudnięcie, niedokrewność, upadek sił, zwiększanie się liczby ciałek białych, stopniowo zwiększająca się sinica i objawy ucisku, jak duszność, bicie serca, uczucie trwogi i t. p. Duże guzy zmieniają wreszcie kształt klatki piersiowej, lub też ją unieruchamiają. Często zjawia się krwioplucie bez gorączki, miejscowo zaś spotykamy nerwobóle międzyżebrowe, wreszcie w guzach opłucnej i żeber porażenie nerwu zwrotnego, objawy ucisku na tchawicę, naczynia, serce, nerwy i t. p. W płwocinie spotykamy często swoiste zmiany, jak kulki tłuszczowe (Lenhartz), komórki olbrzymie z wakuolami (Fraenkel) lub też płwocina podobna jest do galaretki malinowej (Stocks). Bardzo ważne wskazówki rozpoznawcze dać może nakłócie próbne. Gdy trafi się w guz, ma się uczucie zupełnie odmienne, a nieraz udaje się wyciągnąć części guza. Także nieraz pomaga rozpoznaniu zdjęcie rentgenowskie, najlepiej w pozycji siedzącej, od przodu ku tyłowi lub odwrotnie.

Prócz szybkiego rozpoznania, o operacji decyduje usadowienie guza, wzgl. pytanie, ile z tkanki płucnej usunąć możemy bez niebezpieczeństwa dla życia?

Doświadczenia Glucka, Friedricha, Blocka, Biondiego i innych wykazały, że można operacyjnie bezkarnie usunąć nawet całe płuco, przyczem powstały brak wypełnia się rychło przez przesunięcie się serca i śródpiersia i przez zastępczą rozedmę pozostałego płuca, podniesienie przepony i spłaszczenie się żeber.

Guzy płuc i opłucnej dzielimy na 3 grupy:

- 1) guzy pierwotne,
- 2) guzy, które przeszły z sąsiedztwa,
- 3) guzy przerzutowe.

Ze statystyki, zebranej przez autora z instytutu monachijskiego dla patologii, wynika, że co do częstości guzy pierwotne występują w 16.8⁰/₀, przeszłe z sąsiedztwa w 9.8⁰/₀, a reszta — przerzutowe.

Co do guzów przerzutowych, to najczęściej występują one w guzach pierwotnych śródpiersia, gruczołu tarczowego, sutki, skóry i gruczołów, a rzadziej już innych narządów. Naturalnie, operowanie guzów przerzutowych jest zupełnie bezcelowe, bo guz wtedy rozsiany jest już po całym ustroju. Natomiast nieraz nie bezowocne są próby operowania guzów płuc i opłucnej, które przeszły z otoczenia. Odnosi się to zwłaszcza do guzów nawrotowych po operacji sutki, choć z drugiej strony zwykle spotykamy wtedy już i odległe przerzuty. Natomiast ze skutkiem operowano włókniako-mięsaki, chrzęstniaki i t. p. opłucnej i płuc. Śmiertelność jednak bywa wysoka (53⁰/₀).

W końcu omawia autor pierwotne guzy płuc i opłucnej. Z dobrotliwych wydarzają się rzadko włókniaki, i to wielokrotnie rozrzucone w obu płucach, częściej już chrzęstniaki, kostniaki, torbiele skórzaste, naczyniaki i t. p. Ze względu na swoją rzadkość i trudność rozpoznania nie mają te guzy większego znaczenia praktycznego.

Pierwotne mięsaki płuc spotyka się częściej w płucu lewym, niż w prawym i to najczęściej w płacie górnym. Przerzuty mięsaki te tworzą w 42.9⁰/₀, i to głównie w gruczołach śródpiersia, w wątrobie, sercu i śledzionie. Guzy te mają dążność do rozlewania się płaskiego, tworząc nieraz ogromne masy. Mimo to jednak nadają się one prędzej do operacji, niż raki, bo, jak ze statystyki S. wynika, w 26.8⁰/₀, podczas gdy raki zaledwo w 9⁰/₀.

Pierwotne mięsaki opłucnej są rzadkie i trudne do rozpoznania. Częściej już wydarzają się śródbłoniaki. Guzy te zaledwo w 6.9⁰/₀ nadają się do operacji.

Raki pierwotne płuc stanowią też smutną kartę tej dziedziny. Rychło tworzą one przerzuty, a trudno je rozpoznać wcześniej. Zwykle występują po 50 roku życia i to przeważnie u mężczyzn, dotkniętych gruźlicą (Schwalbe i Wolff).

Często też pierwotny guz siedzi w oskrzeli i stąd przechodzi na płuco.

(Münch. med. Wochenschr. 1910, № 9).

A. KLĘSK.

Lexer i Baus. O przepuklinach mięśniowych.

Przez przepuklinę mięśnia rozumiemy występowanie, zwykle w środku przebiegu danego mięśnia, guza miękkiego, wykazującego rzekome chęłbotanie, zwiększającego się i twardniejącego od kurczenia się mięśnia. Przepukliny te występują głównie w mięśniu dwugłowym ramienia, w mięśniach przywodzących udo

i mięśni prostym brzucha. Cierpienie powstaje zwykle po urazie, lub też po sprawach zapalno-ropnych, niszczących powięź. Badanie wykazuje też zwykle ten rozstęp w powięzi, w który wpychać można masę mięśniową. Większych przypadłości cierpienie to zwykle nie wywołuje. Tak przedstawia się ta rzecz klinicznie.

Ze stanowiska anatomo-patologicznego jednak spotykać można i różne odmiany. Tak np. często powięź w danem miejscu nie jest przerwana, ale tylko cieńsza, np. na mięśniach przywodzących u ludzi, jeżdżących konno.

Często, dalej, spotykamy znów pęknięcie powięzi i mięśnia np. oderwanie zewnętrznej głowy mięśnia dwugłowego ramienia.

Podzielono też przepukliny mięśni na 2 grupy: prawdziwe i rzekome, powstałe przez uszkodzenie mięśnia samego, podczas gdy w prawdziwych mięsień jest cały.

Wielu znowu twierdzi, że przepuklina mięśnia powinna zniknąć od kurczenia się mięśnia samego t. j. zsuwa się w otwór w powięzi. Celem wykazania prawdziwego stanu rzeczy, przeprowadzali autorowie odpowiednie badania na zwierzętach i przekonali się, że, po pierwsze, po przecięciu powięzi mięsień spokojny (t. j. nie kurczący się) wydobywa się zaraz z otworu, natomiast po kurczeniu się guz znika zupełnie, natomiast przy kurczeniu się powiększa się ta przepuklina jedynie w przypadkach, gdzie mięsień wskutek urazu uległ przerwowaniu. Zresztą zaś przepuklina prawdziwa mięśnia zniknąć powinna od skurczenia się tegoż.

Naturalną jest rzeczą, że odpowiednio do tego powinno być też różne nasze operacyjne postępowanie. W razie przerwania mięśnia nie wystarcza sam szew powięzi, lecz trzeba zeszyć także i mięsień, w prawdziwej zaś przepuklinie wystarczy sam szew powięzi (materacowy).

(*Münch. med. Wochenschr*, 1890).

A. KLĘSK.

Bokay. *O chirurgicznym leczeniu przewlekłego i wrodzonego wodogłowia wewnętrznego w wieku dziecięcym.*

B. pokłada wiele nadziei w leczeniu wrodzonego wodogłowia systematycznymi nakłuciami lędźwiowymi podług Quinckego. Naturalnie leczenie to ma rację bytu w razie łączności między komorami mózgowymi, a przestrzenią podoponową rdzenia. W razie, jeżeli tej łączności nie ma, można próbować za to nakłucia spoidła podług Bramann—Antona.

Nakłucia takie robi się systematycznie co 4 — 6 tygodni, nieraz bardzo długo, tak np. w jednym przypadku dokonał B. 32 nakłóć w ciągu 3 lat, nim osiągnął wyleczenie. To ostatnie

zależy od czasu, kiedy zacznie się leczenie i od tkanki mózgowej,

Na raz nie należy wypuszczać więcej, niż 50 cm.

W razie wodogłowia dużego stopnia lepiej wstrzymać się zupełnie od zabiegu, podobnie w wodogłowie nabytem.

Z 9 leczonych w ten sposób przypadków, uzyskał Bokay w 7 wyleczenie, a w jednym poprawę.

Bądź co bądź, jest to jeden z najpewniejszych sposobów leczenia wodogłowia i zapobiegania dalszemu rozwojowi choroby i zaniku mózgu.

(*Wiener med. Wochenschr.*, № 26/27).

A. KLĘSK.

Anton. *Ogólne doniesienie o 22 operacjach z pomocą nakłucia spoidła.*

Operacja ta, podana przez autora i Bramanna, ma na celu stworzenie stałej łączności między komorą mózgu a przestrzenią podoponową. Łączność ta w wielu cierpieniach jest przerywana lub utrudniona. Zabieg jest bardzo prosty i wykonywali go nawet autorzy nieraz w znieczuleniu miejscowym. Na czaszce po za szwem wieńcowym więcej ku stronie prawej blisko szwu strzałowego robi się mały otworek, przecina oponę twardą i rurką wchodzi się wzdłuż sierpa przez spoidło do komory. Po odpłynięciu płynu, rozszerza się jeszcze trochę ten kanał.

Łączność ta pozostaje na długo, wykazali ją jeszcze autorzy sekcyjnie po $\frac{1}{2}$ roku.

W ten sposób operowano 22 chorych z powodu różnych cierpień, jak wodogłowia, guzów mózgu i mózdzku, w zniekształceniach czaszki i t. p.

Wyniki wcale zachęcające. Wprawdzie operacja ta jest tylko paliatywą, niemniej jednak przynosi ona znaczną ulgę chorym, zmniejszając przypadłości ucisku mózgu i t. p.

Wskazaniami do operacji są wszelkie sprawy, wywołujące ucisk śródmózgowy, jak np. silne wodogłowie, powodujące ucisk i zanik mózgu lub mózdzku, dalej guzy połączone z wodogłowiem wewnętrznym, zniekształcenia czaszki (czaszka stożkowata), a wreszcie wykonuje się ten zabieg celem zapobiegania lub też celem zmniejszenia wypadnięcia mózgu np. w innych operacjach.

(*Medicin. Klinik*, № 48).

A. KLĘSK.

Wette. *Chirurgiczno-ortopedyczne leczenie rdzeniowego porażenia dziecięcego.*

Dotąd nie mamy jeszcze pewnego środka leczniczego przeciw porażeniu wskutek zapalenia szarych rogów rdzenia, jest

jednak nadzieja, że sprawa ta pójdzie naprzód, albowiem już Römerowi w Marburgu i amerykańcom Flexnerowi i Lewisowi udało się zarazka śródmózgowo, śródżylnie, i podskórnie przenieść na mały i wywołać typowe objawy chorobowe.

Na razie leczenie nasze jest objawowe, a potem, co bardzo ważne, zapobiegawcze zgubnym skutkom tejże choroby.

Także i w okresie ostro-zapalnym polecono zabiegi ortopedyczne. Tak np. Lange z Monachium ustala w ostrym okresie kręgosłup gorsetem lub w łóżeczku gipsowem, a to w celu łagodzenia bólów i uspakajania rdzenia przed ruchami. W. nie jest zwolennikiem tego „męczenia“ dzieci w tak ciężkim stanie, bez wibitnych widoków dobrego skutku, zwłaszcza, że to samo zadanie spełni odpowiedni materac (lordosis) i obłożenie workami z piasku. Okres ostry należy do internisty.

Natomiast skutecznie wkracza ortopeda po ustaniu objawów zapalnych, zapobiegając przez mięsienie, elektryzację i gimnastykę wystąpieniu zbyt rozległych porażeń i skutków tychże.

Zwłaszcza zjawiają się rychło przykurczenia, jako następstwa wydłużenia porażonych mięśni. Otóż zapobiega się im już wtedy wśród leczenia elektrycznego odpowiednimi przyrządami.

Prądów używać należy bardzo silnych. Jeżeli już jest przykurczenie ustalone, to należy usuwać je z pomocą cięcia ścięgien. Także przyrządy mechaniczne wahadłowe oddają tu dobre usługi.

Wzmacnianie mięśni odbywa się też skutecznie z pomocą ortopedycznych aparatów do chodzenia, które uzupełniają mięśnie porażone i łagodzą działanie antagonistów.

Doświadczenie wykazuje, że w razie zbliżenia przyczepów mięśnia tenże skraca się z czasem. Naprowadziło to amerykańców na myśl ustalenia porażeń w przesadnym położeniu na długi czas ($\frac{1}{2}$ roku). Podobno osiągają przytem wyniki wcale dobre. Czy jednak sposób ten u dzieci rosnących jest stosowny, autor wątpi. Jones z Liverpoolu znowu postępuje w ten sposób, że nad miejscem porażonym wycina płat owalny skóry i zeszywa brzegi, aby przez to osiągnąć przedłużenie antagonistów a skrócenie mięśni porażonych.

W. nie ma zaufania i do tego sposobu leczenia, zwłaszcza, że stosując aparat może dane mięśnie co dzień masować i elektryzować. Drugie ważne zadanie czeka ortopedystę w okresach późniejszych t. j. gdy się np. wytworzyły przykurczenia i inne zniekształcenia. — Przyczyn wytwarzania się przykurczeń szukać należy przedewszystkiem w skróceniu antagonistów mięśni porażonych, dalej w bezwładności i obciążeniu kończyny, i ustępowaniu pod własnym ciężarem.

Gdy wszystkie mięśnie koło stawu są porażone, powstaje staw cepowaty. O zapobieganiu przykurczeniom wspominaliśmy

poprzednio. Gdy od wystąpienia przykurczenia upłynęło 9—12 miesięcy, wtedy jedynie leczenie operacyjne wchodzi w rachubę, a mianowicie, jak to wykazał Lorenz, nie operacje skomplikowane, lecz przedewszystkiem najprostsze a w pierwszym rzędzie wyprostowanie. Dopiero po kilku miesiącach ustalenia, wrazie potrzeby, przystąpić możemy do przeszczepiań. Nagłe wyprostowanie (ew. tenotomia) zwykle udaje się przy tem łatwo. Wyniki zaś przeszczepień są tem lepsze, im pacjent jest starszy. Nie powinno się robić przeszczepiania bezwarunkowo przed 4—5 rokiem życia.

Prócz przykurczeń przeszczepianie ścięgien wykonujemy w razie rozległych porażeń. Tu naturalnie wyniki są tem lepsze, im mniej mięśni jest porażonych i im mniej powikłanych operacji używamy.

W stawach cepowatych i w rozległych porażeniach tam, gdzie przeszczepiania nie pomogły, wykonuje się wreszcie zesztynwienie stawu (arthrodesis) i to kostne, lub w częściach miękkich (tendofascio-desis), by nie naruszać warstwy wzrostu kości. — Tutaj są pewne ograniczenia, występujące z natury rzeczy; tak np. w sprawach obustronnych możemy zesztynnić oba kolana, natomiast nie można tego uczynić z obu biodrami. Dobre usługi oddaje kombinacja zesztynwienia z przeszczepianiami. Bezwarunkowo zesztynwienia nie należy wykonywać przed 6—8 rokiem życia.

O nowo stosowanych przeszczepianiach nerwów nic jeszcze pewnego powiedzieć nie można.

(*Medicin. Klinik* № 31).

A. KLĘSK.

Flörcken. *Przyczynę do leczenia kryz wiodowych z pomocą wycinania tylnych korzeni.*

Förster i Küttner polecili niedawno w gwałtownych kryzach i bólach wiodowych wycinanie tylnych korzeni. Tak np. u chorego, cierpiącego na kryzy żołądkowe i kiszek odchodowej wycięto 7—9 korzeni piersiowej i 10 piersiowej. Wynik w bólach żołądka był znakomity. Także Fick z Hamburga w 2 przypadkach osiągnął co do bólów pomyślny skutek, lecz w jednym przypadku zjawiał się w następstwie taki niedowład żołądka, że pomogło dopiero zespolenie żołądka z jelitem.

F. podaje znów przypadek, operowany przez Enderlena, gdzie wycięto korzenie z powodu silnych bólów klatki piersiowej u 49-letniego robotnika, cierpiącego na wiał. Bolesny obszar odpowiadał 5—9 odcinkowi piersiowemu.

Odsłonięto tedy kręgi piersiowe IV—IX i częścią przecięto, częścią wycięto korzenie od V—IX. Odróżnienie korzeni czuciowych od ruchowych było bardzo trudne. Wynik co do

bólów był znakomity; — otóż z obawy przed przecięciem korzeni ruchowych, tu i owdzie oszczędzono i czuciowe włókna.

F. poleca też operację jednoczasową, o ile takowa da się w ten sposób uskuteczyć. Czy wyniki potem będą trwałe, nie wiadomo.

Właściwie zabiegi na tylnych korzeniach datują się jeszcze przed Försterem, bo w r. 1888 Dennet (Linden) i Abbe (Nowy York) polecieli w nerwobólach przecinanie i wycinanie w kanale odpowiednich korzeni.

(*Münch. med. Wochensch.* 27).

A. KLĘSK.

Codivilla. *O operacji Förstera.* (Wycięcie tylnych korzeni w spastycznym porażeniu).

Zeszłego roku na kongresie niemieckiego towarzystwa dla ortopedyi Förster podał wymienioną operację, przedstawiając przytem 2 chorych, leczonych w ten sposób. Rzeczywiście chorzy ci zaczęli chodzić, dodać tu jednak należy, że stosowano u nich i inne ortopedyczne zabiegi, jak plastyki i t. p.

Operacja Förstera ma na celu z pomocą zupełnego przerwania dróg nerwowych w danem miejscu, przerwać zarazem i znieść szkodliwe odruchy, kurcze i przykurczenia. Wyciąć można zaś o tyle bezkarnie pewną część korzeni, że, jak wykazał Sherrington, najmniej 3 korzenie zaopatrują te same obwodowe partye, tak że wycięcie 1—2 korzeni nawet nie przerywa w całości komunikacji. Idąc śródoponowo łatwo jest odróżnić korzenie tylne od przednich.

Przypadki Förstera nie mogą dać jasnego obrazu wartości tejże operacji, bo, jak wspomniano, leczone były prócz tego i w inny sposób. C. zaś podaje właśnie przypadek, leczony jedynie tylko sposobem Förstera, a dotyczący 15-letniej dziewczyny. U tejże wykonano jednocześnie (co C. o ile możności poleca) na stronie prawej wycięcie korzeni: 2-go krzyżowego i 3-go, 5-go lędźwiowego, a po lewej 2 krzyżowego i 5-go lędźwiowego. Co do wyniku, to mówić można jedynie o poprawie i to takiej, jaką również uzyskać można z pomocą operacji obwodowych.

Wynik po stronie prawej, t. j. tam, gdzie wycięto trzy korzenie, jest lepszy, niż po lewej (dwa wycięte). Nie mamy jednak żadnego kryterium, ile wycinać należy.

Bezwarunkowo także po wycięciu występuje pewien zanik mięśni, wobec czego operacja Förstera może znaleźć zastosowanie jedynie u osób z silnymi mięśniami i przy dobrem odżywieniu, bo jest ona ciężka; na 16 operacji dwie śmierci, i o zakażenie przy niej łatwo. C. jest wreszcie zdania, że operacja da lepsze wyniki, jeżeli przeniesie się ją wyżej t. j. na granicę

piersiowołędźwiową, gdyż przez to oryentacja staje się znacznie łatwiejszą, wycinać można i pojedyncze gałązki i zniszczenie kości jest mniejsze, bo wystarcza tylko wycięcie 4 łuków (XI i XII piersiowego i I i II lędźwiowego), które są tu znacznie cieńsze, leżą więcej powierzchownie i są bardziej oddalone od obdytu.

(*Münch. med. Wochensch.* № 27).

A. KLĘSK.

Biesalski. *Zasadnicze kwestye w leczeniu choroby Littlego.*

Przed dwoma laty na kongresie niemieckiego towarzystwa dla chirurgii ortopedycznej podali Förster i Tietze swe pierwsze przypadki operowania choroby Littlego z pomocą wycinania korzeni tylnych.

Zasadniczą myślą tego zabiegu jest usuwanie spastycznych przykurczeń mięśni, wypływających z chorobowo wzmożonego procesu odruchowego, przez przerwanie łuku odruchowego, z pomocą wycięcia kilku korzeni tylnych.

Myśl tę i operację przyjęto z zapałem i zaczęto operować przypadki choroby Littlego, niestety nie zawsze z dodatnim wynikiem, a to z tej przyczyny, że do operacji tej nadają się tylko niektóre przypadki, a nie z zasady wszystkie.

Rozróżnić należy w tej chorobie 3 grupy chorych:

1) przypadki, w których podczas leczenia w łóżku wcale spazmu nie ma, a dopiero po próbach chodzenia i obciążenia zjawiają się kurcze;

2) przypadki, w których spazm zjawia się co pewien czas niejako napadowo;

3) przypadki najcięższe, w których kończyny poprostu są już ustalone w kurczowem położeniu.

Otóż do operacji Förstera nadają się jedynie przypadki grupy trzeciej, i to jeszcze z pewnem ograniczeniem.

Po operacji wynik czasem bywa iluzoryczny, a to z powodu, że wskutek kurczu wytworzyły się już skrócenia mięśni, powięzi, nawet nerwów i naczyń i wyprostowanie przez to staje się niemożliwem, z tego też powodu na mocy własnego doświadczenia dochodzi B. do następującego wniosku:

Operacji Förstera ze względu na jej ciężkość poddawać wolno jedynie przypadki, w których wszelkie inne leczenie, tenotomie, transplantacye, leczenie aparatami, mechanicznie i t. p. pozostało bez skutku.

Nigdy nie należy przystępować do wycięcia korzeni, nie popróbowawszy choćby wyprostowań i wydłużeń skróceń.

(*Münchener med. Wochenschr.* № 31).

A. KLĘSK.

Grunert. *Zwichnięcie nerwu łokciowego.*

Zwichnięcie nerwu łokciowego według powszechnie przyjętego zdania uważać należy za cierpienie wrodzone, t. j. w znaczeniu tem, że występuje ono często bez żadnych objawów już od dzieciństwa a dopiero uraz, dotykający sam nerw, zwraca uwagę na to cierpienie. Przekonano się np. niejednokrotnie, że zwichnięcie takie samo, lecz nie bolesne, wykazać się daje i na stronie drugiej t. j. koło zdrowego łokcia. Zwichnięcie to podług badań statystycznych wykazać się daje mniej więcej u 2% ludzi.

Naturalnie, zwichnięcie występować może także zupełnie i jedynie na drodze urazowej. Objawy cierpienia są dość typowe: bóle i drętwienia po zginaniu łokcia, rozpromieniające się w 4 i 5-ty palec a na wyprostowanej kończynie w łokciu nie wyczuwalne.

Co do leczenia, to polecono różne sposoby:

1) utrzymanie łokcia przez dłuższy czas w pozycji wyprostowanej (nie prowadzi zwykle do celu);

2) wyłobienie rowka dla nerwu;

3) unocowywanie z pomocą płatów mięsnych okostnowych i t. p.;

4) zeszytie nerwu ze ścięgnem mięśnia trójgłowego.

W jednym wypadku zastosował G. ten ostatni, zresztą bardzo łatwy sposób, i otrzymał wynik doskonały.

Jednak czasem po zeszytciu mogą nastąpić powikłania, np. Krause spostrzegł „neuritis“, tak, że był zmuszony szew popuścić.

Są to może jednak wyjątki, tak że najpierw próbować zawsze należy przyszcycia nerwu do ścięgna.

(*Medicin Klinik. N^o 24*).

A. KLĘSK.

Blum. *O leczeniu nerwobólu n. kulszowego z pomocą epiduralnych wstrzykiwań.*

Epiduralne wstrzykiwania podali prawie równocześnie Cathelin i Sicard a to w zaburzeniach pęcherzowych (Cathelin) i w nerwobólach w zakresie splotu lędźwiowego (Sicard).

B. próbował tych wstrzykiwań w ischias i to w przypadkach, w których wstrzykiwania przynerwowe Langego pozostały bez wpływu i z wyników jest bardzo zadowolony.

Technika wstrzykiwań u osób niebardzo tęgich jest bardzo prosta.

Wiadomo, że przestrzeń oponowa sięga u dorosłego do dolnego brzegu pierwszego kręgu krzyżowego, u dziecka do drugiego, sam zaś kanał krzyżowy wypełniony jest korzonkami *plexus sacralis* i *puđendus*, tkanką tłuszczową i licznymi żyłami.

Od zewnątrz dostaje się do kanału przez *foramen sacrale inferius*; otwór ten ma kształt odwróconego V lub U, jest 1 cm. szeroki a $1\frac{1}{2}$ — 2 cm. wysoki. Z góry odgranicza go środkowy grzebień kości krzyżowej, od łuków zaś końce guzowate *cristae sacrales laterales*. Pokrywa zaś go *ligamentum sacrococcygeum*.

Celem wyszukania otworu należy iść palcem po grzebieniu środkowym kości krzyżowej z góry na dół, aż wpadnie się do dołka, lub, co pewniej, wyczuć boczne dwa guzy, w pośrodku których leży otwór. U ludzi szczupłych widać nawet te guzy przez skórę. Najlepiej wyczuwa się je w pozycji kolanowo-łokciowej, lub bocznej Symsa, po silnem zgięciu tułowia i nóg. Zwykle też otwór znajduje się 2 cm. powyżej fałdu pośladkowego.

W pozycji bocznej otwór nie leży w samym środku, lecz trochę ponad linią środkową. Do wstrzyknięcia używa się igły 6 - 8 cm. długiej i taka, nawet wsunięta całkiem, nie dosięgnie jeszcze worka oponowego, lecz co najwyżej dosięgnie do drugiego kręgu krzyżowego. U dzieci trzeba naturalnie stosować igły krótsze.

Po odkażeniu skóry wprowadza się z początku igłę pod kątem 20° . Gdy igła przejdzie więzadło, odczuwa się zaraz brak oporu i wtedy należy igłę opuścić i wprowadzać dalej zupełnie już poziomo.

Do wstrzyknięcia używa Blum 1—4% stowainy, a w ostatnich czasach nawet tylko fizyologicznego roztworu soli kuchennej (5 - 10 cm.).

Przed wstrzyknięciem należy przekonać się, czy igła nie tkwi w żyłę, poczem wstrzykuje się płyn bardzo wolno.

Chorzy zwykle po wprowadzeniu igły odczuwają różne sensacje w nogach, jak ciągnięcie, bóle strzelające i t. p.

W razie udałego wstrzyknięcia nie powinna się w tem miejscu wypuknąć skóra (co dowodziłoby wstrzyknięcia po za kanałem pod skórę).

Powinno się chorych kłaść na bok, odpowiadający choremu nerwowi, albowiem B. przekonał się z pomocą promieni Röntgena, że koniec igły w pozycji bocznej, zwraca się ku stronie, na której chory leży.

Po wstrzyknięciu chorzy odczuwają w danem miejscu ucisk a poprawa co do bólu występuje rychło, rzadko dopiero w kilka do 24 godzin.

Chorzy przytem twierdzą, że odczuwają mrówienia i drętwienia.

Wyjątkowo wzmagają się na drugi dzień bóle, by potem zaraz na 3 dzień ustać zupełnie.

Zwykle wystarcza jedno wstrzyknięcie, a w uporczywych przypadkach ischias 3—5, w odstępach 2—3 dniowych.

Nad wstrzykiwaniami przynerwowemi mają epiduralne tę

wyższość, że pierwsze wywołują nieraz bóle, trwające i 24 godziny, a nieraz nawet podrażnienia stanu ogólnego, a nawet podwyższenia ciepłoty. Ponadto nie występują nigdy po wstrzykiwaniach epiduralnych niedowłady, co po przynerwowych B. spostrzegaliśmy.

Wstrzykiwania epiduralne są wreszcie nieocenione tam, gdzie prócz nerwu kulszowego zajętymi są i inne, zwłaszcza udowy. Prócz tego wstrzykiwania te oddają wartościowe usługi w uporczywych postrzałach i bólach krzyżowych, w kryzysach żołądkowych i pęcherzowych tabetyków, w kolce ołowiowej i moczeniu nocnem.

(Münch. med. Woch. № 32).

A. KLĘSK.

Wiesner. *Wczesne ogólne skostnienie chrząstek żebrowych — uszkodzenie rentgenowskie?*

W. przypadkowo znalazł u pewnego młodego, zresztą zupełnie zdrowego, człowieka, zajętego w fabryce „Veifa“ aparatami Röntgena, przedwczesne skostnienie wszystkich chrząstek żebrowych. W pewien czas potem to samo wykrył W. u kierownika rzeczzonej fabryki i u werkmistrza. Wobec czego kazał autor zrobić i swoje zdjęcie, i to wykazało również skostnienie chrząstek. Badania dalsze robotników fabryki wykazały, że u wielu chrząstka pierwszego żebra była skostniała.

Wobec tego W. uważa wczesne skostnienie chrząstek jako bezpośrednie uszkodzenie, wywołane promieniami rentgenowskimi. Co do czasu, jaki potrzebny jest na wywołanie tych zmian, to ocenia go Wiesner powyżej 7-iu lat.

Najwcześniej i najwięcej ulega zmianom żebro pierwsze, najmniej żebro drugie. Proces kostnienia przebiega zupełnie nie regularnie, raz od dołu, raz od góry żebra się zaczynając.

(Münch. med. Woch. № 21).

A. KLĘSK.

Momburg. *Kosmetyczne leczenie porażenia nerwu twarzowego podług Buscha.*

W kilku przypadkach porażenia nerwu twarzowego osiągał Momburg bardzo dobre wyniki lecznicze z pomocą zmodyfikowanego sposobu Buscha. Postępuje zaś w następujący sposób: na łuku jarzmowym prowadzi małe, sięgające do kości, cięcie poziome i przez nie z pomocą igły doprowadza pod łuk cienki drut aluminiowobronzowy. Potem na brzegu czerwieni wargowej robi 2 cięcia jedno tuż przy kącie a drugie bliżej linii środkowej. Następnie przeprowadza drut podskórnie od łuku przez części miękkie ku wardze, najpierw ku rance środkowej, potem

bocznej i z powrotem do łuku, gdzie drut skręca, przez co podnosi do góry opadnięty kąt ust. Zeszycie ranek.

Wynik kosmetyczny ma być bardzo dobry.

(Berl. Klin. Wochenschr. № 24).

A. KLĘSK.

Couteaud. *Leczenie złamań obojczyka przez stosowne ułożenie.*

Wyniki kosmetyczne zestawienia odłamów w leczeniu złamań obojczyka przez ustalenie opatrunkiem lub plastrami wcale idealnymi nazwać nie można. Couteaud natomiast zrobił spostrzeżenie, że odłamy ustawiają się wcale dobrze, gdy pacjent leży w łóżku i chorą kończynę opuszcza z łóżka ku ziemi, przez co wykonuje samowyciąg. Wprawdzie pozycja ta dla kończyny jest niewygodna i zjawia się obrzmienie, ale choroby przyzwyczajają się rychło, a mięsienie obrzmienie usuwa.

Ewentualnie zmienia się pozycję kończyny przez zgięcie w łokciu.

W tej pozycji utrzymuje C. chorych przez dni czternaście. Zgojenie następuje zupełnie dobre w 18—30 dni.

W ten sposób leczył C. 24 chorych. Wyniki kosmetyczne i czynnościowe bardzo dobre.

(Revue de chirurg., październik 1909).

A. KLĘSK.

Grunert. *Przyczynę do operacji zwichnięcia obojczyka przed mostek.*

Zwichnięcie obojczyka przed mostek należy do dość rzadkich i mało znanych uszkodzeń. Z piśmiennictwa medycyny wojskowej zebrał autor 11 podobnych przypadków, i przekonał się, że rokowanie bywa zwykle smutne i uszkodzeni stają się inwalidami wojskowymi. O ile bowiem stosunkowo jest łatwo zwichnięcie odprowadzić, o tyle znów bardzo jest trudno utrzymać obojczyk na swoim miejscu.

W wielu też przypadkach zrezygnowano z utrzymania kości na swoim miejscu, ale, niestety, następstwa tego bywają fatalne. Przedewszystkiem bardzo niemiłą dla uszkodzonego rzeczą jest ciągle przesuwanie się po mostku obojczyka, dalej—silne nerwobóle, a wreszcie i czynność kończyny często przytem ulega poważnym zaburzeniom.

Operacyjnie próbowano leczyć to zwichnięcie na różne sposoby. Zasywano pęknięcie torebki stawowej, odizolowywano część mostka z okostną i umieszczano na obojczyku (König), przemieszczano mięsień mostkowoobojczykowosutkowy (Gersuny) na pierwsze żebro i t. p.

Sposoby te jednak nie prowadziły do celu. Najpewniejszym sposobem jest kostne zeszywanie mostka z obojczykiem. Nie wpły-

wa on ujemnie na czynność ramienia, jak o tem przekonano się po operacjach tego stawu z powodu gruźlicy lub osteomyelitis. Jeden podobny przypadek operował Grunert z znakomitym wynikiem. Łąkotkę usunął całkiem i, po odsunięciu okostnej, zeszył trzema srebrnymi szwami obojczyk z mostkiem.

(*Medicin. Klinik* № 22 — 1910 r.).

A. KLĘSK.

Hilgenreiner. *Przyczynek do operacyjnego leczenia „nożyc paluchowych“.*

W razie podwójnego palucha postępuje się zwykle w ten sposób, że odcina się paluch mniejszy, t. j. ten, który rozwija się słabiej. Wynik kosmetyczny nie jest potem idealny, gdyż po odjęciu palca zewnętrznego, co robi się zwykle, pozostały paluch zwraca się ku stronie promieniowej.

H. w przypadku swoim u 4-letniej dziewczynki postąpił nieco inaczej. Mianowicie, przekonawszy się, że paluchy są równej wielkości i mają kostki też równe, jako też i stawy umieszczone na tej samej wysokości (Röntgen), odświeżył wewnętrzne ich powierzchnie i prosto połączył oba paluchy w jeden. Zgojenie nastąpiło zupełne, czynność pomyślna i jedynie w paznokciu poznać można podwójność.

(*Münch. med. Woch.* № 10).

A. KLĘSK.

Kausch. *Przyczynek do techniki amputacji w zgorzeli i ropowicy. (Moczówka).*

Wobec bardzo częstego posuwania się zgorzeli i ropowicy w górę w cukrzycy mimo ucięcia kończyny w częściach zdrowych, poleca Kausch na mocy doświadczenia w 2 przypadkach amputację kończyny nie podług zwykłych zasad, lecz w jednej płaszczyźnie. Osiąga się przez to ranę równą bez płatów źle odżywianych, i zaułków. Odjęcie kończyny w kilku płaszczyznach ma za cel — szybko pokryć kikut kostny tkankami miękkimi i uczynić go zdolnym do dźwigania ciężaru ciała. — Tam zaś, gdzie chodzi o uratowanie życia i dalszej części kończyny, nie musimy się liczyć z tym pośpiechem, lecz zwolna możemy z pomocą wyciągu obciążać części miękkie po za kość, względnie — dokonać następnie operacji wytwórczej. W jednym przypadku postępującej zgorzeli i ropowicy w cukrzycy uratował K. chorego jedynie przez to, że amputował w końcu udo w jednej płaszczyźnie. Kość sterczała potem 6½ cm. po za części miękkie, ale z pomocą wyciągu udało się z czasem obciągnąć tkanki miękkie zupełnie ponad kość.

Amputację typową wykonywać można tam, gdzie mamy

do czynienia z tkankami dobrze odżywianymi, t. j. prawidłowymi naczyniami krwionośnymi.

Sporne jest także pytanie, jak wysoko amputować. Wielu chirurgów hołduje zasadzie, że obcina kończynę o staw wyżej. K. jest zasadniczym przeciwnikiem tego postępowania i operuje o ile możliwości zachowawczo.

Zaczopowane naczynia nie mogą dać nam żadnej rękojmi, bo tętna nieraz i bardzo wysoko wyczuć jeszcze nie można.

Kausch postępuje inaczej i kieruje się przede wszystkim oceną odżywiania skóry. Przecina więc najpierw skórę i patrzy, czy z niej krwawi. Operuje bez opaski Esmarcha. Jeżeli nie krwawi, to posuwa się wtedy znowu z cięciem wyżej.

Podobnie postępuje i z mięśniami. Strzykające naczynia nie dowodzą niczego, lecz chodzi o krwawienie mięaszowe. K. ma zamiar próbować przepłukiwania tętnicy udowej, a to w ten sposób, by założyć otwór blisko więzu Pouparta i od obwodu wymyć zakrzepy, poczem tętnicę znowu zeszyć.

Chorych cukrzycowych należy koniecznie przez odpowiednie pożywienie pozbawić, o ile się da, cukru i to tak samo nadal, bo K. spostrzegał, że przez to nieraz chroni się pacjentów od wystąpienia zgorzeli na kończynie drugiej.

Unikać się powinno zasadniczo w cukrzycowych operacjach uśpienia chloroformowego i stosować lędźwiowe znieczulenie lub eterowe uśpienie.

Nie zapominać należy, że nieraz właśnie w zgorzeli musimy wykonywać kilka zabiegów po sobie, czego by w chloroformie pacjent bezwarunkowo nie zniósł. Gdy grozi śpiączka, podaje K. duże dawki sody, aż mocz stanie się zasadowym.

(*Münch. med. Wochenschr.* 1910 № 34).

A. KLĘSK.

Müller. *Pełzanie w leczeniu skrzywień kręgosłupa.*

Wprawdzie pełzanie ma w niektórych przypadkach skrzywień kręgosłupa (wygięcia jednostronne i nieustalone) wcale dobre działanie; jednak autor musi sprzeciwić się stanowczo zdaniu Klappa, który twierdzi, że z pomocą pełzania i innych wolnych ćwiczeń osiągnąć można zupełnie pomyślne wyniki, tak w jednostronnych skrzywieniach, jako też w zboczeniach w kształcie litery S, przyczem „odrzuć można zupełnie gorset”. Na to chyba nikt się nie zgodzi. Skrzywień drugiego i trzeciego stopnia pełzaniem nikt nie wyleczy, a nawet i sam Klapp tego nie uczynił, o czym miał sposobność przekonać się Müller, obejmując chorych, leczonych przez kilka lat pełzaniem przez samego Klappa. Jakże można bez gorsetu zapobiedz złemu utrzymaniu się dzieci w domu i szkole? Nie pomogą tu żadne ławki ani upominania, bo osłabione mięśnie nie są nawet w stanie utrzymać dłużej kręgosłupa w pożądanem położeniu.

A jakże zapobiegać skrzywieniom wśród snu? Czyż tu obejdzie się bez łóeczka Lorenza.

Bez wątpienia, gimnastyka, mięsienie i t. p. są niezbędne w leczeniu skrzywień, ale uważać pełzanie za jedyny środek, mogący bez pomocy przyrządów wyleczyć skrzywienia, jest trochę przesadą.

(*Medicinische Klinik* № 31).

A. KLĘSK.

Fränkel. *Wyniki leczenia pełzaniem.*

Zdania co do skuteczności sposobu Klappa—leczenia skrzywień kręgosłupa pełzaniem — są jeszcze bardzo podzielone.

Przedewszystkiem zaprzeczyć się jednak nie da, że pełzanie ma ogromne zapobiegawcze działanie. Z pomocą zmiany wysokości ramion (Fränkel) udaje się nawet dokładnie umiejscawiać oś skrętu, a Klapp w ostatnich czasach poleca dołączając do pełzania skręcanie miednicy.

Ponadto pełzanie nadaje się bardzo w skrzywieniu z powodu rwy kulszowej, naciąga bowiem przytem należycie nerw.

Także w garbie czasem pełzanie pomaga. Przedewszystkiem zaś uderzająco korzystnie działa pełzanie na nie rzadkie w skrzywieniach bocznych powikłania sercowe, co odnieść należy do zmiany położenia organów klatki piersiowej, zwłaszcza zaś serca i naczyń.

A właśnie, niestety, powikłania sercowe są przeciwwskazaniem do wszelkiej forsowniejszej gimnastyki, którą należy stosować w skoliozie, tak, że chorzy wobec braku pełzania pozostali by chyba nie leczeni zupełnie.

Powikłania sercowe mogą pochodzić także nie wprost z mechanicznych, ale i innych przyczyn, np. po chorobach zakaźnych, ale i wtedy wynik pełzania jest korzystny. Próbować też należy pełzania w białkomoczu ortostatycznym i w początkach gruźlicy płuc.

Dołączone fotografie wykazują, że przez samo pełzanie osiągnąć można także wcale korzystne wyniki.

Celem otrzymania wyraźniejszych kontrastów na fotografiach, smaruje F. skórę pacjenta tak zwaną wazeliną srebrową.

(*Münch. med. Woch.* № 33).

A. KLĘSK.

Prigl. *Zapalenie pęcherza moczowego zgorzelinowe odstoinowe.*

43-letnia kobieta zasłabła przed 2½ laty w objawach zapalenia pęcherza moczowego. Oddawanie moczu, nadzwyczaj utrudnione, następowało cienkim strumieniem pomimo silnego wydymania się, bóle ciągnące w dolnej okolicy brzucha. Stwier-

dzono włókniak, wychodzący z tylnej ściany ciała macicy, częściowo uwięzły w małej miednicy. Włókniak usunięto z pomocą nadpochwowego odcięcia macicy, poczem dolegliwości ze strony pęcherza zmniejszyły się. Niedługo znowu stały się silniejszymi, mocz niekiedy krwawy. Po upływie 5-ciu miesięcy stwierdzono owrzodzenie pęcherza gruzlicze i gruzlicę lewej nerki. Po wycięciu nerki, dolegliwości ze strony pęcherza m. szybko ustąpiły, pozostał nieżyty. Przed 4 miesiącami zachorowała nagle, z objawami ostrego zapalenia pęcherza mocz. Mocz amoniakalny, krwawy; z moczem wydzielają się strzępki zmarzniętej tkanki, częściowo oskorupionej, i małe kruche złogi. Pojemność pęcherza wynosiła zaledwie 10 ctm. sz., niemożliwe więc było obejrzenie wnętrza pęcherza. Badając zgłębnikiem, czuło się, że się jest w wąskiej jamie o ścianach chropawych, pokrytych twardymi solami. Rentgenogram dawał obraz kamienia, wielkości gęsiego jaja. Dokonano cięcia nadłonowego pęcherza. Otworzywszy zapalnie nacieczoną ścianę pęcherza, grubości prawie 1 cent., znaleziono twór okrągławy, workowaty, wypełniający w zupełności wnętrze pęcherza. Worek ten, przylegający do ściany pęcherza, ale z nim niezrośnięty, udało się przez ranę w całości wyciągnąć. Uwidoczniona w ten sposób wewnętrzna powierzchnia pęcherza była barwy ciemnoczerwonej, tu i owdzie — jakby bliznowatą; owrzodzeń nie znaleziono. Powierzchnia worka dość jednostajnie ziarnista, jakby piaskiem posypana, barwy ciemnoszarej. W miejscu, odpowiadającym ujściu pęcherza, znajduje się otwór o brzegach poszarpanych; worek stanowi jamę, o zarysach nieregularnych, popękaną. W jamie znajdują się już to wolne, już to strzępkami tkanek przytwierdzone do ściany worka, kruszyny fosforanów. Worek posiada woń zgniętego mięsa, ściana jego jest dość twarda, uginająca się pod uciskiem. Cała ściana worka jest inkrostowana i nasiąknięta solami kwasu moczowego i fosforowego. Badanie drobnowidzowe pokazuje budowę warstwy mięśniowej, między włóknami mięśniowymi mniejsze lub większe naczynia, częściowo starą krwią wypełnione.

Badanie cystoskopowe, w 5 tygodni po operacji dokonane, dało obraz następujący: na wierzchołku pęcherza, w miejscu cięcia nadłonowego, listwa grzebieniowata, utworzona z ziarniny, reszta powierzchni wewnętrznej pęcherza na wierzchołku i na ścianach bocznych jasna, żółtoczerwona, poprzerzynana niezliczoną liczbą bardzo cienkich naczyń. Powierzchnia gładka, ukształtowanie ściany pęcherza nieregularne. W miejscu trójkąta pęcherzowego powierzchnia wewnętrzna pęcherza nastrzyknięta, obrzmiała. W miejscu ujścia prawego moczowodu zagłębienie uchyłkowe; ujście lewego moczowodu niewidoczne.

W przypadku powyższym mieliśmy do czynienia z niezwykłym zejściem zapalenia pęcherza; śluzówka i pewne części

warstwy mięśniowej ściany pęcherza moczowego uległy zgorzeli i oddzieliły się od reszty warstwy mięśniowej, zgorzeli nieuległej.

Takie zgorzelinowe zapalenie pęcherza spostrzega się najczęściej w tyłozgięciu macicy ciężarnej, po ciężkich porodach, zakończonych samowolnie lub sztucznie, po długotrwałem wkliniowaniu części przodującej płodu w małej miednicy i we włókniakach macicy, powodujących ucisk cewki moczowej lub pęcherza. Samodzielne przypadki choroby tej, nie będące następstwem ciąży lub porodu, jakoteż przypadki u mężczyzn zdarzają się nader rzadko. Objawem wybitnym jest zazwyczaj zastój moczu; moczenie krwawe rzadko miewa miejsce. Wytwarzane błony wydzielane bywają lekko z moczem, albo też po długotrwałych kurczowych bólach w pęcherzu wyciskane przez cewkę moczową. Po wydaleniu błon następuje zazwyczaj prędkie wyzdrowienie, jakkolwiek prawie zawsze pozostaje zmniejszona pojemność pęcherza i skutkiem tego potrzeba częstego oddawania moczu; zdarza się również zwątlenie zwieracza pęcherza i skutkiem tego rzekome mimowolne moczenie.

Resztki błon, pozostałe w pęcherzu, stanowią mogą jądro dla kamieni pęcherzowych; w razie głębokiej zgorzeli nastąpić może pęknięcie pęcherza. Spostrzegano także powikłanie ostrem zapaleniem miedniczek nerkowych, a nawet, wskutek rozpadu pozostałych błon w pęcherzu, ogólne objawy zakażenia posoczniczego (septicaemia).

Rozpoznanie zapalenia zgorzelinowego pęcherza, typowo przebiegającego, z wydalaniem błon, nie jest trudne; w przypadkach, gdy nie ma miejsca wydzielanie się błon, już zastój moczu, nadaremne cewnikowanie, nagłe zatkanie otworu cewnika pomimo rozciągniętego pęcherza, obok wyglądu moczu, naprowadzają na myśl, iż ma się do czynienia z wytwarzaniem się błon wskutek zgorzeli pęcherza.

(*Zeitschrift für Urologie* 2 1909).

I. ROSENTHAL.

Hackenbruch. *Przyczynę do operacyjnego leczenia wrodzonego cieczenia moczu kroplami.*

Po operacjach wrodzonych wad pęcherza i cewki rzadko udaje się osiągnąć zupełnie dobry wynik co do domykalności pęcherza moczu. H. donosi o przypadku, w którym u 12-letniej dziewczyny wykonano już przedtem 2 zabiegi z powodu szczeliny dolnej pęcherza i wierzchniactwa. Operując po raz pierwszy, wycięto części ze szczeliny cewki i starano się zeszyć w zwykły sposób, operując po raz wtóry starano się przypaleniem wywołać bliznę. Pozostało cieczenie moczu kroplami. Badanie w uspieniu: bliznowata cewka drożna dla palca, ale istnieje ona właści-

wie tylko od przodu, poczem przechodzi odrazu w pęcherz, nie okazujący żadnej szyi.

H. postanowił postąpić w następujący sposób: na pierwszym posiedzeniu zmarszczyć od zewnątrz z pomocą szwów surowicznych pęcherz od dołu, by przez to stworzyć szyję, a na następnym posiedzeniu skrócić znów (Gersuny) celem stworzenia domykalności. Zamiar ten wprowadził też H. w czyn.

Z cięcia nadłonowego 3 szwami surowiczymi stworzył szyję pęcherza, marszcząc takowy, a w $1\frac{1}{2}$ roku skrócił odpreparowaną cewkę o 180° i umocował w tem nowem położeniu szwami strunowymi, poczem samo ujście zewnętrzne skrócił jeszcze o 180° (t. j. razem o 360°).

Przebieg po obydwóch operacyach szczęśliwy. Obecnie, w 4 lata po operacyi, pacjentka zatrzymuje mocz dobrze przez całą noc, a w dzień oddaje go zupełnie prawidłowo.

(*Medizin. Klinik. № 31. 1909*).

A KLĘSK.

Hoene. *O ucisku obu lub też jednego moczowodu za pomocą przewiązania brzucha.*

W celu zbadania, czy światło moczowodów zostaje zamknięte przez zabieg Momburga, autor podczas zastosowania tego zabiegu, po uprzednim wypuszczeniu moczu, zakłada do pęcherza moczowego cewnik na stałe. Przez cały czas trwania ucisku mocz zupełnie się nie wydzielił.

Zajmujące jest również badanie moczu, które wykazało, że po zastosowaniu zabiegu Momburga mocz zawierał $\frac{1}{4}\%$ białka, oraz dość znaczną ilość wałeczków nabłonkowych i hialinowych; lecz po upływie $2\frac{1}{2}$ godzin zmiany te całkowicie znikły.

Na zasadzie tych spostrzeżeń autor twierdzi, że przewiązywanie brzucha powoduje całkowite zamknięcie obu moczowodów, to zaś ostatnie zjawisko wywołuje zmiany chorobowe w nerkach, które bardzo szybko ustępują.

Dla sprawdzenia swych spostrzeżeń autor dokonał szeregu doświadczeń na królikach, przyczem starał się poddać uciskowi tylko jeden z moczowodów. W tym celu przed nałożeniem opaski sprężystej zabezpieczał jedną stronę brzucha od ucisku za pomocą tektury.

Po nałożeniu opaski otwierał pęcherz moczowy i mógł naocznie stwierdzić, że z moczowodu, poddanego uciskowi, mocz wcale nie wydziela się, natomiast z drugiego moczowodu wypływa prawidłowo.

Autor przypuszcza, że podobny ucisk jednostronny mocz-

wodu da się również łatwo zastosować i u człowieka, co może niezmiernie ułatwić rozpoznanie w chorobach nerek.

(*Münch. med. Wochenschr.* № 8. 1910).

M. KASPEROWICZOWA.

Pick. *Samoistne krwotoki w łożysko nerki.*

Opisano dotąd zaledwo 8 przypadków samoistnego, nie urazowego, krwotoku w łożysko nerki. Z tego w 6 przypadkach wykonano zabieg operacyjny, 4 operowanych i 2 nieoperowanych zmarło.

Widać z tego, że rokowanie wogóle, a w szczególności w postępowaniu zachowawczem jest bardzo smutne. Pierwszy operacyjny przypadek podobnego rodzaju opisał Hildebrandt w r. 1894, a potem Doll 2 przypadki (nieoperowane oba zmarły), Joseph (operowany — śmierć), Lenk 2 przypadki operowane (oba zejścia śmiertelne). Pick dodaje do tego swój przypadek, operowany ze skutkiem pomyślnym. Objawy krwotoku w łożysko nerki są dość typowe, choć nie zawsze naprowadzające na rozpoznanie: nagły silny ból w okolicy nerki, idący w krzyże i w dół brzucha, a tak gwałtowny, że chorzy tracą nieraz przytomność (pochodzi od ucisku na torebkę nerki), wzdęcie brzucha, wyczuwalny sprężysty guz, bladłość chorego ew. żółtaczką i podniesienie ciepłoty wskutek wchłaniania rozpadłej krwi.

W powstawaniu głównie wchodzi w rachubę miażdżycę, prawie we wszystkich przypadkach skonstatowano prócz tego przewlekłe zapalenie nerek.

Rokowanie bardzo smutne. Leczenie jedynie chirurgiczne. Nacięcie — tamponada. Trzeba jednak przedtem zbadać czynnościowo nerki, aby w razie niemożności innego postępowania mógł wyciąć odpowiednią nerkę.

(*Medizin. Klinik.* № 25).

A. KLĘSK.

Portner. *Rozpoznawanie gruźlicy nerek u chłopców z pomocą wziernika pęcherzowego.*

Badanie nerek napotyka na wielkie trudności u małych chłopców, albowiem tutaj krępowani jesteśmy rozmiarami cewki, które nie pozwalają na wprowadzenie grubych przyrządów. A gruźlica nerek u dzieci nie jest wcale rzadsza, niż u starszych, i, co smutniejsze, przebiega zwykle znacznie szybciej i złośliwiej. Dzieci wskazują na parcie, pieczenie po oddaniu moczu, bóle w pęcherzu, a mocz jest więcej lub mniej ropiasty. Podobne objawy powinny odrazu w lekarzu budzić podejrzenie gruźlicy.

Jak badać chłopców? Od drugiego roku udaje się odpowiednimi narzędziami już cystoskopować, a po 8 nawet cew-

nikować moczowody. Cystoskopy dla dzieci mają kaliber 12 skali Char., a do cewnikowania moczowodów — 17.

Badamy w uśpieniu głębokiem, albowiem odruch pęcherzowy znika po rogówkowym. W badaniu sprawności nerek odpaść muszą wszelkie sposoby, wymagające cewnikowania moczowodów, tak że pozostaje tylko cystoskopia barwna.

Wśród uśpienia wstrzykuje się dziecku 20 cm. 0,4% roztworu indygarminu śródmięśniowo w pośladki i oczekuje niebieskiego zabarwienia wydzielanego moczu z moczowodów. Występuje ono ze zdrowej nerki w 8—10 minut równocześnie po obu stronach. Małe spóźnienia nie dowodzą jeszcze choroby.

W razie wykazania zmiany w nerce i w razie rozpoznania gruźlicy nie należy zwlekać z operacją, albowiem rychło sprawa schodzi do pęcherza, stamtąd idzie znów w górę do drugiej nerki, a wtedy już często na operację zapóźno.

(Medizin. Klinik. № 2, 1910).

A. KLĘSK.

Pietkiewicz (Kijów). *10 przypadków gruźlicy narządu moczowego u kobiet.*

Opierając się na doświadczeniu, że zakażenie gruźlicze organów moczowych rozszerza się zwykle, jako gruźlica zstępująca, i że pierwotnem siedliskiem gruźlicy narządu moczowego jest prawie zawsze nerka, i mianowicie częściej prawa, niż lewa, autor przemawia gorąco na korzyść możliwie wczesnego usuwania nerki, zajętej gruźlicą, jako środka nieraz wprost zbawionego, często zaś znacznie polepszającego stan chorych, dotkniętych gruźlicą narządu moczowego. Aby jednak można było wyciąć bezpiecznie nerkę chorą, trzeba mieć dostateczną pewność, że druga nerka jest zdrowa. Tej pewności dostarczyć może jedynie cewnikowanie moczowodów; otrzymany mocz z każdej nerki oddzielnie, zbadany drobnowidzowo i bakteriologicznie, daje pojęcie i o sprawności nerek, a zwłaszcza nerki t. z. zdrowej.

Sprawność nerek określa się dokładnie dwoma sposobami:

1) próbą floryzynową i 2) próbą chromocystoskopową.

Badając temi dwiema próbami w licznych przypadkach gruźlicy nerki mocz nerki zdrowej, autor otrzymywał zwykle odczyn bardzo wyraźny i to nieraz nawet w takich przypadkach, w których mocz zawierał białko, leukocyty, erytrocyty, wałeczki szkliste i ziarniste, a więc w których przypuszczaćby należało niedostateczną sprawność nerki. Autor miał też możliwość niejednokrotnego przekonania się, że obecność białka i pierwiastków morfologicznych w moczu nerki t. z. zdrowej nie stanowi bezwarunkowego przeciwwskazania do wycięcia drugiej nerki, zajętej gruźlicą.

Zmiany te bowiem w moczu nerki t. z. zdrowej stawia autor w zależności jedynie od zatrucia ustroju wchłanianą miazgą rozpadową, powstałą w nerce gruczliczej. Im więc dłużej trwa sprawa gruczlicza w jednej nerce, tem większej zmianie ulega druga nerka.

To więc powinno być bodźcem do jaknajwcześniejszego usuwania nerki gruczliczej, zanim nerka druga nie ulegnie schorzeniu, lub zakażeniu gruczliczemu. Pierwotnie zakażenie gruczlicze występuje najczęściej w jednej tylko nerce. Druga może mu później uleść drogą naczyń krwionośnych, gdyż istnieje ścisłe połączenie układów żylnych między obu nerkami (Albaran i Cathelin).

Autor przytacza szczegółowo historię choroby 10-u przypadków gruczlicy organów moczowych (nerek, pęcherza i moczowodów); w 7-iu z nich wykonano dość wczesnie (2 miesiące do 2-u lat) wycięcie nerki, dotkniętej grzulią lub podejrzaną, że jest siedliskiem pierwotnej gruczlicy obok gruczlicy innych organów moczowych (pęcherza i moczowodów). Wszystkie operacje zakończyły się pomyślnie, a co do wyników albo odnotowano znaczną poprawę stanu ogólnego i miejscowego, albo nawet, jak np. w 3-ch przypadkach po upływie 2-u lat od operacji stwierdzono wyleczenie zupełne.

(*Gazeta Lek.* 1910. № 5 i 6).

M. ZWEJGBAUM.

II. GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO.

Krönig i Gauss. *O ile leczenie promieniami Röntgena wpływa na leczenie operacyjne w krwotokach macicznych i mięśniakach?*

Praca niniejsza opiera się na materyale 568 przypadków z ostatnich 4 lat, a obejmującym krwotoki maciczne z powodu mięśniaków i metropathia haemorrhagica (Aschoff, Pankow).

Z tych przypadków 505 operowano, a w 63 zastosowano leczenie promieniami Röntgena. Z początku stosowano leczenie lampami miękkimi, a w ostatnich czasach twardymi podług Dessauera i Albers-Schönberga.

Ogólne wrażenie z leczenia promieniami Röntgena odnieśli autorowie bardzo korzystne, bo zaledwie w 2 przypadkach nie spostrzegano żadnego pomyślnego skutku.

W porównaniu z leczeniem operacyjnem promienie Röntgena o tyle maja przewagę, że można je stosować u pacjentek

nawet bardzo osłabionych, skrwawionych, ze zmianami w sercu i t. p.

Dalej, leczenie promieniami nie odrywa pacjentki od pracy, o ile, naturalnie, mieszka ona w miejscu leczenia. Natomiast, ma ono w porównaniu z operacją wyjęcia macicy z pozostawieniem jajników następujące wady:

Trwa znacznie dłużej, bo nieraz (naturalnie z przerwami po 14 dni) kilka miesięcy, po leczeniu pacjentki czują się bardzo osłabione i okazują zmiany, podobne do dawniej spostrzeganych po trzebieniu przy wyjęciu macicy. Prócz tego dołącza się nieraz bezsenność.

Lecz razem zebrawszy, przyznać należy, że leczenie promieniami Röntgena w wielu przypadkach obecnie może, a nawet powinno zastąpić nóż, przez co też statystyka operacji polepszy się znacznie.

Leczenie promieniami w 60% powoduje amenorrhöe, w 30% oligomenorrhöe. Bądź co bądź, jest ono jednak kosztowne i wymaga czasu ze strony lekarza, jako też odpowiednich technicznych wiadomości i uzdolnienia.

(*Münch. mediz. Wochenschr.* № 29).

A. KLĘSK.

Cruvelaire. *Uwagi co do techniki cięcia cesarskiego, wykonywanego starym sposobem.*

Pod nazwą „stary sposób“ rozumie C. cięcie, zrobione wzdłuż i pośrodku przedniej ściany trzonu macicy. Uważa go za najlepszy ze względu na prostotę, i opiera to twierdzenie na 47 przypadkach, operowanych z pomyślnem zejściem, gdyż tylko 2 operowane zmarły. Rozpatrując szczegóły operacji, zatrzymuje się przede wszystkim nad sprawą uniknięcia krwawienia z macicy.

Mechaniczne zabiegi, jako to: uciśnięcie głównych naczyń, przewiązanie macicy węzłem gumowym, uważa za zbyt ciężkie i szkodliwe, gdyż prawie zawsze wywołują wtórne krwawienia na skutek bezwładu macicy. Kurczliwość mięśnia macicznego jest wystarczającą obroną przed krwawieniem, a bezwładu należy unikać przez umocnienie kurczliwości uprzedniem wstrzyknięciem ergotyny.

W klinice Baudelocque'a sposób ten stale jest stosowany w przypadkach cięcia podczas ciąży, a autor stosuje go nawet w cięciu podczas porodu. Wstrzykuje $\frac{1}{2}$ ctm. s. ergotyny tuż przed przecięciem macicy i czasem podczas samego zabiegu dodaje jeszcze $\frac{1}{2}$ ctm. Ostrzega przed nadużywaniem tego środka; może ono wywołać tak bolesne skurcze, że trzeba je łagodzić morfiną — i tak silne, że mogą doprowadzić do przecięcia ściany macicy przez szwy.

Usadowienie łożyska na przedniej ścianie nie przeszkadza do przecięcia ściany macicy w tem miejscu, ostrzega wszakże przed gwałtownem przedzieraniem się przez łożysko i przed zbyt rozległym odklejaniem tegoż. Naczyń nie podwiązuje wcale; szew jakoby wystarcza do zatamowania krwawienia z brzegów rany. Za najprostszy uważa szew Lemberta. Radzi niezbyt silnie ściągać szwy; szew zbyt silnie ściągnięty źle wpływa na gojenie się rany, gdyż powoduje miejscową niedokrewność. Do szycia używa dla szwów głębokich struny chromowej, a dla powierzchownych jedwabiu, gdyż uważa go za najbardziej pewny co do jałowości, łatwo dający się ściągać i trudno rozwiązujący się. Ponieważ każdy skurcz macicy wyciska krew przez linię szwu do jamy otrzewnej, dlatego u Baudelocque'a zostawiają na 8 dni sączek w jamie brzucha.

Macicę luźno wypycha od dołu na dobę gazą wtedy tylko, gdy cięcie cesarskie wykonano podczas porodu. Macicę przed przecięciem należy wyłonić nazewnątrz, gdyż wtedy tylko można dokładnie operować. Ponieważ: 1) powierzchnia jamy macicy poporodowej jest pozbawiona pokrycia nabłonkowego, 2) przecięcie otrzewnej na macicy stwarza bezpośrednie połączenie pomiędzy jamą otrzewnej a pochwą, 3) w okresie poporodowym możliwy jest ruch wstępujący zarasków, stale bytujących w pochwie, przeto nadzwyczaj łatwo może powstać samozakażenie się operowanej, dlatego potrzebne jest staranne wybieranie przypadków, w których daje się zachować macicę.

W jakim sposobie należy dzielić przypadki na nadające się do zachowawczego cięcia, lub też na wymagające wycięcia macicy?

Leopold uważa obecność rzeźączki w jakiegokolwiek bądź części narządu płciowego za bezwarunkowe przeciwwskazanie do cięcia zachowawczego. Następnie, czy pęknięcie pęcherza płodowego jest przeciwwskazaniem do zachowania macicy?

Zdaniem C., wszystko tu zależy od okresu czasu, zachodzącego pomiędzy pęknięciem, a operacją. U Baudelocque'a wszystkie 6 kobiet, u których pęcherz pękł na 4 do 36 godzin przed operacją, gorączkowały po operacji, pomimo starannej dbałości o czystość. Jedna z nich zmarła wśród objawów ogólnego zakażenia. Niebezpieczeństwo zakażenia powiększa przedłużanie się porodu, wielokrotne badanie i próby rozwiązania innemi drogami.

Co do następstw cięcia cesarskiego w powtórnych ciążach, skłania się C. ku zapatrywaniu, że są one zawsze szczęśliwe dla płodu, lecz dla matek często nieszczęśliwe z powodu ścięnięcia blizny pooperacyjnej, zrostów macicy ze ścianą brzucha, z siecią lub z kiszka.

Trudność i niebezpieczeństwa wtórnych cięć cesarskich są

takie same, jak i we wszystkich innych wtórnych operacjach brzusznych. Wobec tego należy tu porzucić myśl o cięciu zachowawczem, i albo wyciąć macicę, albo też, pozostawiając ją, przeciąć kobiecie jajowody. Toż samo trzeba powiedzieć o tych przypadkach, gdy operator stwierdzi pęknięcie lub zbytnie ścięczenie blizny.

(Annales de Gynécologie et d'Obstetrique 1909, Novembre).

ST. HUBICKI.

W. Hannes. *Nagłe zabiegi operacyjne w ciąży zewnętrzno-maciczej.*

Autor rozpatruje tylko przypadki tak zwane ostre, gdzie operacja jest zadaniem natychmiastowem.

Sprawa leczenia tych przypadków w ostatnich czasach była rozpatrywana w rozprawach Schulze-Vellinghausena, Kaeuffera i Seydla. Schulze-Vellinghausen oraz Kaeuffer zestawiają materiał kazuistyczny z kliniki Wertha oraz obcy. Seydel opisuje 90 przypadków z kliniki Olshausena, określając odsetkę śmiertelności na 14,4%, albowiem zmarło kobiet 13 na 90.

Runge opisał 42 przypadki z kliniki Gusserowa, na które przypada 11 śmierci. Zweifel i Fueth na 21 przypadków mieli 2 śmierci. Schultze-Vellinghausen na 43 spostrzeżenia liczy śmierci 12, czyli 28%. Flatau na 19 przypadków stracił 2 chore.

Haim i Lederer podali 27 przypadków z kliniki chirurgicznej szpitala Franciszka-Józefa w Wiedniu z 4 przypadkami śmierci, czyli 15%; trzy chore zmarły wskutek zakażenia.

We wszystkich tych przypadkach chodziło o krwawienie wewnętrzne, lecz nie odróżniano przypadków ostrych od mniej ostrych, a przeciwnie włączono do tych statystyk i przypadki, gdzie krwawienie już trwało kilka dni lub nawet i tygodni, gdzie operacji dokonano po klinicznem leczeniu, już jakiś czas trwającem, a więc operacji nie dokonano „prosto z ulicy“.

Autor rozpatruje tylko przypadki, gdzie dostarczono do szpitala chore w zapaści, które musiały być operowane natychmiast. Chora taka nie jest ani kąpana, ani przygotowana do operacji i t. d. Przypadki takie właśnie są miernikiem doskonałości kliniki i one najlepiej udowodniają, czy wypada za wszelką cenę usunąć z jamy brzusznej wszelką krew, wszelkie skrzepy, czy lepiej ograniczyć się do usunięcia rozerwanego jajowodu, podwiązania naczyń i t. d., nie upierając się co do bezwzględnej toalety jamy brzusznej.

Werth i Zweifel zasadniczo żądają doszczętnego usunięcia wszystkich szczątków krwi z jamy brzusznej.

Przeciwnie stanowisko zajmuje Flatau. Fritsch radzi wyrzec się wybierania krwi, o ile stan ogólny chorej wymaga jak-

najprędszego ukończenia operacji. Olshausen ogranicza się do usunięcia większych skrzepów łatwo dostępnych; pozostawia zaś krew rozlaną pomiędzy trzewiami. Podobnie postępował Gusserow, Kuemmel zaś jak Flatau. Głównie Kuemmel wymaga jak najszybszego dokończenia operacji. Hannes podziela zdanie Zweifela, aby i w przypadkach takich usunąć wszelkie ślady krwi z jamy otrzewnej.

Autor rozporządza 15 przypadkami omawianych operacji. Ze swojej statystyki wyłącza przypadki, w których po przybyciu chorej do kliniki przeczekano kilka dni, przygotowując chorą do operacji. Rocznie w klinice Kuestnera podlega operacji około 20 do 25 ciąży jajowodowych, a pomimo to przez ją 15 takich operacji nagłych natychmiastowych dokonano tylko 15.

Haim i Lederer piszą, że w takich przypadkach często rozpoznanie bywa mylne, i że lekarz domowy nie rozpoznaje krwotoku wewnętrznego, a rozpoznaje zapalenie otrzewnej i odsyła chorą do chirurga. Na owe 15 przypadków zmarły dwie kobiety wskutek anemii, pomimo operacji, jedna wskutek zakażenia otrzewnej.

Dla porównania autor podaje odsetkę śmiertelności ogólną przypadków ciąży pozamaciczných kliniki Kuetsnera. Na 107 kobiet operowanych wskutek ciąży jajowodowej Kuestner stracił 2 chore, Hannes osobiście operował 33 z rzędu, pomiędzy nimi trzy w krwotoku ostrym w okresie zapaści bez zejścia śmiertelnego.

Sam fakt, że operacje dokonane później, po przygotowaniu odpowiedniem chorej do operacji, dają tak znakomite wyniki, tak znacznie lepsze od operacji dokonanych nagle, daje dużo do myślenia.

Oczywiście, polepszymy wyniki statystyki, jeśli uda się zmniejszyć liczbę przypadków, wymagających operacji nagłej. Ulepszenie wyników możebne będzie wtedy, gdy operować będziemy uprzedzając zapaść, t. j. zanim doszło do zapaści. W przeważającej liczbie przypadków przed skierowaniem chorej do kliniki było już kilka napadów ostrej ostrzegającej niedokrewności. Gdyby lekarz domowy od razu skierował chorą, gdzie wypada, w tej chwili rozpoznaliby, o co chodzi, i zawczasu przystąpionoby do operacji, uprzedzającej zapaść, krwotok większy i t. d.

Należy więc powiadomić pod tym względem lekarzy internistów, lekarzy domowych, że powstanie krwotoku bynajmniej nie wyłącza późniejszego groźnego krwotoku. Pomiędzy 15 przypadkami autora jest jeden, w którym wśród kilka tygodni trwających krwawień z macicy powstał krwiak pozamaciczny. Nagle zapaść, omdlewanie, przewiezienie do kliniki i natychmiastowa operacja. Prócz krwiaka znaleziono około dwóch litrów płynnej krwi w jamie brzusznej.

Na 140 spostrzeżeń (107 Kuestnera i 33 Hannesa) ciąży jajowodowej w 31 przypadkach, gdzie nie operowano nagle, znaleziono wylew krwi do jamy brzusznej, czyli krew płynną. Z tych 31 kobiet zmarła jedna — 3%. Kobieta owa zmarła na drugi dzień po operacji pomimo założenia sączka do pochwy. Na sekcji makroskopijnie nie znaleziono zapalenia otrzewnej, lecz znaleziono płynną krew w każdym podżebrzu. Hannes jest zdania, że pomimo braku objawów makroskopijnych zapalenia otrzewnej śmierć ta była śmiercią zakaźną. W tem przekonaniu trwa on tem bardziej, że w całym szeregu przypadków późniejszych sekcja bakteriologiczna ujawniła łańcuszkowce tam, gdzie sekcja anatomiczna nie wykazała zapalenia otrzewnej. Hannes jest zatem zdania, że Fueth ma rację, jeżeli nie zgadza się, aby każdy przypadek śmierci w kilka lub kilkanaście godzin po cięciu brzucha kłaść na karb niedokrewności, gdy nie znaleziono na sekcji objawów zapalenia otrzewnej.

Hannes dwa razy widział śmierć z niedokrewności. Jedna z tych kobiet, u której usunięto z jamy brzusznej dwa i pół litra krwi płynnej, zmarła w 15 minut po operacji, pomimo zwalczania niedokrewności przed i w przebiegu operacji wszelkimi możliwymi środkami. Druga chora, dostarczona do kliniki prawie bez tętna w zapaści, zmarła bez odzyskania przytomności w 11 godzin po operacji. Bakteriologiczna sekcja dała wynik ujemny.

Jedna z chorych zmarła na trzeci dzień po operacji wskutek zapalenia otrzewnej; podczas operacji z jamy brzusznej usunięto przeszło litr krwi płynnej. Bakteriologiczna sekcja ujawniła łańcuszkowce; sekcja anatomiczna ujawniła kilka łyżek krwi płynnej w podżebrzach oraz naloty na błonie surowiczej kiszek.

Od czasu śmiertelnego przypadku, u którego badaniem zwłok wykryto krew płynną w podżebrzach, Kuestner zaniechał używania położenia Trendelenburga w operacjach ciąży pozamacicznej, a operuje w pozycji poziomej. Po otwarciu jamy brzusznej operator, nie dbając o krew wylaną, wprowadza rękę do jamy miednicy małej i wyciąga na zewnątrz jajowody jeden po drugim. Po wydobyciu jajowodu ciężarnego nakłada na razie zaciskadło na odpowiedni wiąz lejkowomiedniczy, a potem dopiero przystępuje do systematycznego rozpatrywania się w jamie brzusznej. Zatem dużą łyżką wydobywa krew wolną oraz skrzepy krwi z jamy brzusznej. Dla ułatwienia wydobywania krwi, do jamy brzusznej wylanej, unosi się górny koniec tułowia ku górze, aby wszelka krew płynna ściekała do małej miednicy. Równocześnie wacikami wydobywa się krew z okolic podżebrzowych. Kuestner stara się usunąć z jamy brzusznej wszelkie skrzepy krwi. Również stara się wydobyć skrzepy krwi z pod wątroby. Doświadczenie Hannesa przemawia na

korzystać tego, że więcej krwi wynaczynionej znajduje się na stronie tej, której jajowód był ciężarny, mianowicie w górnej połowie jamy brzusznej. Zasadniczo szkoła Kuestnera unika opuszczenia ku dołowi górnego końca tułowia zarówno podczas operacji, jak i podczas przeniesienia chorej do sali operacyjnej.

Główne dowody przeciwników usuwania resztek wylewu krwi są: skrócenie trwania operacji; po drugie twierdzą oni, że krew, wylana do jamy brzusznej, może przydać się jako nutriens dla chorej. Co do tego dowodu, kilka podskórnych wstrzyknięć roztworu soli kuchennej lepiej działa. Aby nie podnieść ciśnienia w naczyniach, wstrzykiwań tych dokonywano zwykle dopiero po podwiązaniu naczyń krwawiących. Jaknajszysze podwiązanie naczyń krwawiących jest głównem zadaniem operacji. Według Hannesa, przedłużenie trwania operacji przez staranne doszczętne wydobywanie z jamy brzusznej krwi, do niej wylanej, nie ma zbyt doniosłego znaczenia. Operacja taka zwykle trwa, łącznie z zamknięciem rany brzusznej, około 45 minut.

Środka znieczulającego zwykle nie wiele potrzeba dla uspiania chorej, w zapaści będącej. Hannes nie widział ujemnych następstw obcierania kiszek z krwi: nie było też na owe 15 operacji w stanie groźnym dokonanych, ani na seryę 140 w późniejszym okresie operowanych ciąży pozamaciczych ani jednego przypadku porażenia kiszek pooperacyjnego, jako skutku mechanicznego uszkodzenia otrzewnej kiszek.

Natomiast ważne jest, że u chorej, której sekcja bakteriologiczna udowodniła zakażenie, sekcja anatomiczna wykazała nagromadzenie krwi w jamie otrzewnej. Dalej zanotować wypada, że z pomiędzy 31 chorych, operowanych po klinicznem przygotowaniu do operacji, i gdzie w czasie zabiegu znaleziono krew wylaną w jamie brzusznej, zmarła jedna, u której tak samo sekcja ujawniła nagromadzenie krwi w otrzewnej. Od owego przypadku Kuestner stale unika używania położenia Trendelenburga w operacjach ciąży pozamaciczej.

Haim i Lederer zalecili sączkowanie przez pochwę dla odpływu krwi z jamy brzusznej, a u Kuestnera zmarła właśnie chora jedna, u której takie sączkowanie do pochwy zastosowano. Hannes w swoich 15 przypadkach operacji w stanie groźnym zaszył ranę brzuszną zupełnie. Gdy tylko rozpoznanie krwawienia wewnętrznego ustalone, powinniśmy operować natychmiast, nawet i w stanie zapaści. Na to dziś zgadzają się nieomal wszyscy operatorowie. Przyznać trzeba, że rozpoznanie nie zawsze jest łatwe. 6 z pomiędzy chorych Hannesa aż do chwili zapaści, w której je sprowadzono do kliniki, czuły się zupełnie dobrze; u dwóch nie było żadnego zatrzymania peryodu ani nieregularnych krwawień. 6 innych kobiet nie miało krwawienia z macicy, co zwykle uważane bywa za dowód przer-

wania ciąży jajowodowej. Ile razy istnieje wylew krwawy wolny do jamy brzusznej, występuje prawie zawsze bolesne wzdęcie brzucha z napięciem ściany brzusznej. Gdy jeszcze ciepłota jest cokolwiek wzmożona, bardzo łatwo jest omylić się w rozpoznaniu i rozpoznać zapalenie otrzewnej, jako przyczynę zapaści, tem bardziej, jeśli przyłączą się i wymioty. O wiele rzadziej zanotowano ciepłotę niższą od prawidłowej, u Kuestnera tylko dwa razy. W połowie wszystkich przypadków u Kuestnera ciepłota była gorączkowa lub podgorączkowa. Zmiany wsteczne i wchłanianie krwi wylanej są powodem tej ciepłoty wzmożonej.

Jak ustrzedz się mylnego rozpoznania? Skoro zdrowa kobieta nagle i bez wiadomej przyczyny ulegnie zapaści, powinna być badana przez doświadczonego ginekologa i to delikatnie. Skoro badanie przez pochwę da wynik ujemny, a swoją drogą krew wylana jest do jamy brzusznej, jak to na owe 15 razy 6 razy udało się rozpoznać, dla wyświeatlenia rozpoznania można sposobem Kuestnera dokonać nakłucia przez tylne sklepienie pochwy.

Za lex powinniśmy uważać żądanie, aby żadna kobieta nie zmarła wskutek wewnętrznego krwawienia, u której nie zrobiono przynajmniej próby uratowania drogą operacyjną.

(Praktische Ergebnisse des Geburtshilfe und Gynaekologie I r. 2 odd.)

FR. NEUGEBAUER.

W. Hannes. *Kąpiel jest źródłem zakażenia.*

Przed dziesięciu laty Sticher i Stroganoff poruszyli sprawę celowości kąpieli, stosowanych zwykle u rodzących, jako środka, oczyszczającego ciało.

Niewątpliwie bowiem woda w wannie, po zetknięciu się z powierzchnią ciała, przedstawia zawiesinę zarazków, znajdujących się w obfitości na powierzchni skóry, zwłaszcza w razie najmniejszej chorobowej sprawy na niej.

Że przypadkowo znajdujące się w wodzie kąpielowej zarazki mogą wywołać ciężkie zakażenie, dowodzą dwa przypadki Bumma, w których rodzące przeszły ciężkie zakażenie, choć nie były wcale wewnątrznie badane.

Okazało się, że były one kąpane w wannie, w której przedtem były myte naczynia szklane z hodowlami bakteryi.

Że woda kąpielowa może dostawać się do wyższych odcinków pochwy, wykazali powyżsi autorowie: Sticher—dodając do kąpieli bac. prodigiosus i znajdując go potem w zawartości sklepień, a Stroganoff przy pomocy jednego środka chemicznego, dodanego do wody i tworzącego barwny odczyn z drugim, wprowadzonym poprzednio do sklepienia.

Zweifel potwierdził poniekąd te badania, zwróciwszy uwagę na wyługowywanie kwasu mlecznego z pochwy przez wodę kąpielową.

Z drugiej strony Winternitz, Hartzka, Schuhmacher i autor, wykonawszy ośnośne doświadczenia na drodze bakteriologicznej z *bac. prodigiosus*, i Hörmann na drodze chemicznej z fluoresceiną i błękitem metylowym, wykazali, że woda kąpielowa w górne odcinki pochwy nie przenika.

Natomiast na wargach i w przedsionku znajdowano masę zarazków.

Jednak, pomimo tych doświadczeń i wobec tego, że nie posiadamy jeszcze ściśle określonego pojęcia o sposobie przenikania zarazków do górnych odcinków, autorowie powyżsi uważają przenikanie takie z wodą za możliwe, a przeto mocno powątpiewają o celowości i bezpieczeństwie tych t. zw. oczyszczających kąpeli, zwłaszcza u kobiet ze starymi pęknięciami krocza, i ziejącymi częściami rodnymi.

Hannes zwraca uwagę, że autorowie dokonywali doświadczeń wyłącznie na ciężarnych.

Rzecz jednak idzie o to, czy u rodzących w kąpeli woda przenika wysoko do pochwy.

Podczas bólów bowiem, nawet w okresie pierwszym, istnieje pewna działalność tłoczni brzusznej, która nie pozostaje bez wpływu na czynności mięśni pochwy i krocza w znaczeniu wciągania wody.

Rodząca przeto podczas bólów w kąpeli znajduje się w nieco odmiennych warunkach w porównaniu z ciężarną.

Wychodząc z tego założenia, autor wykonał kilka doświadczeń na rodzących.

Mianowicie, otrzymywały one kąpiel, do której były domieszane hodowle *bac. prodigiosus*. Doświadczenia można było wykonywać nie na każdej rodzącej, lecz tylko na takiej, u której wobec prawidłowych bólów, niewielkiego otwarcia i zachowanego pęcherza, główka jeszcze nie bardzo opuściła się do miednicy, gdyż inaczej o żadnym sklepieniu pochwowem nie mogłoby być mowy. Dodać należy, że zwracano uwagę na dobry stan krocza. Na dość znaczną liczbę rodzących od listopada 1909 r. do kwietnia 1910 r. żądanym warunkom odpowiadało tylko pięć.

W kąpeli wykonywały one ruchy rękoma i nogami, używane zwykle przy myciu ciała; części zewnętrzne płciowe nie były myte i pozostawały w kąpeli 10–15 minut.

Badana po kąpeli zawartość sklepień wykazała w 3 przypadkach obecność *bac. prodig.*

Dowodzi to niezbicie, że u rodzących już w okresie otwierania się macicy woda z kąpeli wraz z zawartymi w niej za-

razkami może przenikać do górnych odcinków pochwy, a więc i wywoływać w pewnych razach zakażenie.

Autor przeto uważa, że najlepiej byłoby zaniechać t. zw. oczyszczających kąpeli rodzących, a zastąpić je obmywaniem pod prysznicem, a w każdym razie w bieżącej wodzie.

Obmywanie zaś winno być wykonywane przez wprawna osobę, uzbrojoną w gumowe rękawiczki.

(*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. L. XVI B. 3 H.*).

M. RYŁKO.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

I. POSIEDZENIA CHIRURGICZNE.

Posiedzenie dnia 14 kwietnia 1910 r.

1. *Wertheim*. Pokaz chorego, dotkniętego mnogimi kostniakami.
2. *Kryński*. Przepuklina krętniczokątnicza (Hernia ileocoecalis).
3. *Borsuk*. Pokaz chorego po usunięciu tętniaka rzekomego t. pachowej z przewiązaniem t. podobojczykowej.
4. *Sawicki Br.* a) rentgenogram ciała obcego w żołądku, b) okaz guza chrząstkowego klatki piersiowej.
5. *Jakimiak*. Pokaz dwóch kamieni, utworzonych u 2 chorych dokoła ciał obcych w pęcherzu.

1. *Wertheim* przedstawił chłopca siedemnastoletniego, dotkniętego twardymi guzami kostnymi w pobliżu górnych nasad obu kości ramiennych na poziomie prawego 6 żebra, oraz na przedniej powierzchni górnego końca obu piszczeli. Zwłaszcza guz prawego ramienia, zajmujący około $\frac{3}{4}$ obwodu kości, w pewnym stopniu upośledza ruchy stawu barkowego.

Kryński: Mnogość guzów dobrodliwych jest zjawiskiem nierzadkiem; dość wspomnieć o t. z. nerwiakach tułowia. Co się tyczy leczenia kostniaków mnogich, to nadają się one do operacji o tyle tylko, o ile poważnie zakłócają czynności ustroju, czego w danym przypadku niema.

2. *Kryński*. Hernia recessus ileocoecalis super. W wykładzie tym, ilustrowanym obrazami świetlnymi, przedstawił Kr. stosunki anatomiczne, dotyczące uchyłków w otrzewnej, które dają początek powstawaniu t. zw. przepuklin zaotrzewnowych. Miejsc tych jest pięć, a mianowicie: 1) otwór sieciowy (foramen Winslowi) wraz z torbą sieciową, 2) dół dwunastniczojelitowy, 3) dół przykątnicze, 4) dół międzyzesowaty, 5) dół ponadpęcherzowy. Zagłębienia otrzewnowe okołokątnicze wyrażone są w postaci trzech uchyłków: uch. podkątniczy, uch. krętniczokątniczy dolny i górny. Z pomiędzy nich ten ostatni — uchyłek krętniczokątniczy górny, zazwyczaj zupełnie płaski, nie bywa miejscem powstawania przepukliny i dotąd zjawisko takie nie było spostrzegane.

W ostatnich czasach operował Kr. mężczyznę 42-letniego z powodu objawów niedrożności jelit wskutek uwięźnienia wewnętrznego i okazało się, iż przyczyną niedrożności była przepuklina ścienna pętli jelita krętego,

uwieźleż w nieprawidłowo głębokim uchyłku górnym — recessus ileocecalis superior. Pomimo bardzo ciężkiego stanu ogólnego, zapalenia rozlanego otrzewnej, chory, po nacięciu pętli jelitowej, wypuszczeniu olbrzymiej ilości płynnej jej treści i włożenia do jamy otrzewnej worka Mikulicza, w ciągu 3-ch tygodni powrócił zupełnie do zdrowia.

Jest to więc pierwszy przypadek przepukliny wewnętrznej, uwieźleż, w uchyłku krętniczokątniczym.

(Streścił mówca).

Leśniowski z powodu przemówienia Kryńskiego przypomina drukowaną w „Przeglądzie“ pracę odnośną Marcinkowskiego. Dla uzupełnienia obrazu przepuklin dołu biodrowego dodaje, że niekiedy powieź, pokrywająca mięsień udowolędziowy składa się z dwóch części, pomiędzy które wypycha się czasami otrzewna, tworząc t. zw. dół Biesiadeckiego, będący również siedliskiem przepuklin wewnętrznych.

Borzymowski zaznacza, że do kategorii przepuklin wewnętrznych zaliczyć również należy przepukliny przeponowe, w których jelito znajduje się w jamie opłucnej.

Br. Sawicki. Niekiedy pogłębienie dołu podkątniczego zależy od istnienia fałdu, łączącego kątnicę z wewnętrzną obrączką pachwinową. Zaciśnienie jelita w tym dole również dawać może objawy burzliwe; dowodzi tego przypadek S., w którym po operacji z powodu zaciśnienia dużej przepukliny pachwinowej objawy niedrożności nie ustąpiły. Dopiero oględziny pośmiertne wykazały, że w dole opisanym wyżej znajdowała się skrócona zmartwiała pętla.

3. *Borsuk* przedstawił chorego po operacji tętniaka, pochodzenia urazowego, wyleczonego sposobem Symea, i opowiedział szczegóły następujące: przed paru miesiącami 20 letni chory otrzymał postrzał w ramię prawe, w górnej jego części, zaraz nad dołem pachowym prawym. Wejście kuli było pod m. dwugłowym ramienia, wyjście zaś blisko tylnego fałdu pachowego.

Rany te szybko zagoiły się, ale wewnętrzna strona ramienia powoli poczęła obrzmiewać, tak że po 3 tygodniach obwód ramienia pod postacią rozlanego guza na wewnętrznej tylnej i przedniej powierzchni ramienia w czwórnasób się zwiększył, wypełnił całą jamę pachową, obok tego w całość kończyny stopniowo występowały objawy bezwładu, w końcu czucie i ruchy zostały zupełnie zniesione.

W takim stanie chory skierowany został przez kol. Manduka do szpitala Wolskiego. Badanie wykazało, że guz był sprężysty, brak chęłbotania i tętnienia, brak również tętna w tętnicy szprychowej. Rozpoznano tętniaka pochodzenia urazowego i przystąpiono do operacji.

O przedwstępnem podwiązaniu tętnicy pachowej mowy być nie mogło, z uwagi na wypełnienie guzem całego dołu pachowego. Przeto wypadło wyosobnić tętnicę podobojczykową na zewnątrz od m. pochylego przedniego, doprowadzić podwiązkę, której jednak nie zawiązano, lecz oddano pomocnikowi do trzymania; jednym cięciem na wewnętrznej stronie ramienia otworzono cały worek tętniaka, wygarnięto liczne strzępy krwi, a skoro

z głębi rany buchnęła obficie krew, próbowano bezskutecznie palcem zaciśnąć to krwawiące miejsce, wszakże po uniesieniu mocnem prowizorycznej pętlicy na tętnicy podobojczykowej krwawienie natychmiast ustało. Wtedy udało się wynaleźć rozerwaną tętnicę ramieniową, podwiązano oba końce, po podwiązaniu bowiem końca górnego w dalszym ciągu krwawiło. Wypadło również podwiązać jeszcze parę bocznych małych tętnic. Po dokonaniu tego prowizoryczną podwiazkę usunięto, jamę tętniaka przesączkowano, ranę operacyjną częściowo zeszyto. Zgojenie rany nastąpiło w parę tygodni. Po operacji pokazało się, że tętnica ramieniowa była w całości rozerwana, worek tętniaka powstał z otaczających tkanek. Splot ramienny najwidoczniej był rozsunięty i uciśnięty, pojedynczych pni nerwowych nie sposób było odszukać. Niedowład kończyny pozostał do ostatnich czasów, chociaż pod wpływem elektryzacji i mięsienia dużo się zmniejszył; chory już podnosi rękę i nieco rusza palcami.

Sawicki zapytuje o rodzaj i rozległość porażenia splotu ramiennego.

Borsuk odpowiada, że porażenie wystąpiło dość szybko, w ciągu 2 dni, równocześnie z guzem.

Sawicki uważa, iż przyczyną porażenia był ucisk ze strony guza i przypomina, że obraz podobny widzimy niekiedy w następstwie zwicznień w stawie barkowym.

4. *Sawicki* przedstawia a) ciało obce, usunięte z żołądka z pomocą cięcia tegoż, oraz rentgenogram owego ciała. 8 letnia dziewczynka bawiła się podrzucaniem i łapaniem ciężarków ołowianych, używanych obecnie do obciążania damskich sukien. Podrzucony ciężarek wpadł dziecku do rozwartej buzi i został połknięty. Gdy, pomimo dawania dziecku w większych ilościach kartofli, kaszy, chleba, ciało obce w ciągu 12 dni nie wyszło, rodzice zgodzili się na operację. Dwukrotnie wykonane przez kol. Judta prześwietlenie stale wykazywało obecność ciężarka w żołądku, co można było skontrolować, dając dziecku do połknięcia bismut w kapsulce. Podczas prześwietlania zauważono interesujący szczegół: gdy dziecko leżało nawznak, ciężarek znajdował się w żołądku wysoko, gdzieś w pobliżu przepony; dopiero, gdy dziecku nadano położenie półsiedzące, kapsułka z bismutem, a wprędce po niej i ciężarek opadał ku dołowi na dno żołądka.

Ten objaw znaleziono i podczas operacji. Po otworzeniu jamy brzusznej i wydobyciu części żołądka nazewnątrz, nie można było początkowo wymacać w nim ciężarka. Dopiero, gdy dziecko posadzono, ciężarek opadł na dno żołądka, i wówczas bez trudności można go było usunąć. Miał on kształt płaski, okrągły; poprzeczny wymiar wynosił 2 cm. Dziecko wyzdrowiało.

Sawicki przedstawia b) okaz chrząstkośluzaka klatki piersiowej oraz rentgenogram tegoż. 36-letnia kobieta przed 5 laty zauważyła tworzenie się guza ponad prawym sutkiem. W ciągu ostatniego roku guz rósł nieco szybciej. Badanie wykryło guz napięty, sprężysty, wielkości jaja kurzego, leżący w okolicy 3 i 4 żebra, tuż ponad prawym sutkiem. Rozpoznano chrząstkośluzak lub mięsak, wychodzący z żebra. Operacja wykazała guz torbielowaty, którego mniejsza część leżała nazewnątrz klatki piersiowej, większa zaś wchodziła do wnętrza tejże.

Otwór, przepuszczający 3 palce, leżał na 4 żebrze, niedaleko od chrząstki tegoż. Guz miał wielkość dużej pięści. Po nakłuciu torbieli i opróżnieniu jej z płynu śluzowego, udało się bez większych trudności usunąć cały guz, nie otwierając opłucnej. Guz przedstawia jedną torbiel większą i znaczną liczbę mniejszych, często zlewających się ze sobą. Wewnętrzna powierzchnia ściany torbieli nierówna, często jakby postrzępiona. Badanie mikroskopowe wykazało budowę chrząstkośluzaka: komórki niekiedy mają kształt komórek chrząstki, częściej są zmienione, pęcherzykowato rozdęte, najczęściej zaś przedstawiają się, jako dość duże jadro, otoczone niewielką ilością rozgałęziającej się nitkowato zarodki. Substancja międzykomórkowa jest rozrzedzona, często nitkowata. Tak zbudowana tkanka tworzy oddzielne pola, pomiędzy którymi przebiegają pasma włóknistej tkanki łącznej (chondro-myxoma).

(Streścił mówca).

Kryński zapytuje, czy w danym przypadku nie ma podejrzenia co do drugiego takiego guza w ustroju i przypomina przedstawiony kiedyś przez siebie przypadek guzów symetrycznych w okolicach obu wyrostków krucznych. Guzy wyglądały na chrząstniaki i zostały wycięte. W 2 tyg. po operacji chory zmarł wśród objawów niedrożności jelit. Oględziny zwłok wykryły jako pierwotne siedlisko choroby rak galaretowaty na tylnej ścianie okrężnicy wstępującej.

5. *Jakimiak* pokazał a) kamień, usunięty z pęcherza moczowego żołnierza, któremu w r. 1906 włożono przez cewkę kawałek stempla karabinowego. Kamień utworzył się dokoła ciała obcego i wywołał ropienie w jamie Retziusa.

b) Kamień, utworzony dokoła szpilki od włosów.

A. WERTHEIM.

II. POSIEDZENIA GINEKOLOGICZNE.

Posiedzenie d. 27 maja 1910 r.

1. *Ryłko* przedstawił chorą, u której po piątym porodzie, ukończonym kleszczami w lutym r. b., powstała przetoka pęcherzowopochwowa.

W górnej połowie pochwy widać otwór, mający średnicę około 3 ctm., o cienkich zbliżnowaciałych brzegach. Otwór ten znajduje się właściwie poniżej braku pęcherza i jakoby zdradza dążność pochwy do zamknięcia się poniżej przetoki. Mówca ma zamiar ograniczyć się tylko do zaszycia tego otworu, t. j. uczynić colpocleisis.

Co do chorej, przedstawionej przez Ryłkę, zabrał głos Neugebauer. Dnia 23 maja r. b. zgłosiła się do niego 40-letnia włościanka z powodu przetoki moczowej porodowego pochodzenia. N. stwierdził obrączkowate zwężenie pochwy poniżej przetoki moczowej, dla oka niedostępnej, i dał chorej kartkę na przyjęcie do szpitala; chora jednak do szpitala nie przyszła, jak się okazało z tego powodu, że przybyła do Warszawy bez pieniędzy, szpital zaś Ewangelicki wymaga przedpłaty za mie-

siąc w ilości 30 rb. N. żałował, że chora dla niego przepadła. Po kilku tygodniach kol. Ryłko prosił Neugebauera, aby przybył do szpitala Ś-go Rocha dla wspólnego zbadania chorej z przetoką moczową. Gdy N. przybył do szpitala, chorą ułożono w „raczka“. Neugebauer, badając chorą, był zdumiony na razie tem, że zupełnie jednakowy przypadek widział niedawno w praktyce swojej. Teraz dopiero ujawniło się, że jest to ta sama pacjentka. Neugebauerowi po raz pierwszy zdarzyło się poznać chorą, której twarzy nie widział, z wyglądu organów moczopłciowych. Co się tyczy samego przypadku, Neugebauer akcentuje, że jest to przypadek, który prosi się o to, aby dokończyć to, co sama natura rozpoczęła: ze zwężenia bliznowatego zrobić zamknięcie zupełne, które w dodatku uchroni kobietę od ponownej ciąży. Neugebauer zapytuje obecnych, jakiego planu trzymaliby się w leczeniu przetoki, dziś przez kol. Ryłkę przedstawionej.

2. *Neugebauer* przedstawił chorą po cięciu brzucha, dokonaniem w warunkach niezwykłych. Chora lat 42, zamężna od lat 24, urodziła 8-ro dzieci, z których pierwsze nieżywe. Ostatni poród odbyła przed 3 laty. Przed 16 tygodniami poroniła w 3 miesiącu. W położach nigdy nie chorowała, przyczyna poronienia niewiadoma. Ostatni peryod przed 6 tygodniami. Chora przybyła do Neugebauera w dniu 6 marca r. b., wskazując li tylko na szum w głowie. Daremne były wszelkie starania zdobycia jakichkolwiek wywiadów ścisłych, ponieważ chora jest osobą nader ograniczoną co do inteligencji. Już oględziny zewnętrzne zdradzały obecność guza w brzuchu: w pozycji stojącej, a również w pozycji leżącej podbrzusze prawe wypukła się znacznie nazewnątrz, szczególnie w okolicy pępka, przez guz wewnątrz-brzuszy, widocznie zrośnięty ze ścianą brzuszną. Guz czyni wrażenie dużej torbieli. Uderzającym był jednak brak tępego odgłosu przy opukiwaniu; opukiwanie na ścianach guza wszędzie wykazywało odgłos bębnowy; przez pochwę do guza dojść nie można było, macica była uniesiona ku górze. Stan był gorączkowy — chora przybyła z ciepłotą $+ 39,2^{\circ}$ C. Wygląd w wysokim stopniu charłaczy. Obustronne zapalenie gruczołów chłonnych pachwinowych. Wole znacznych rozmiarów.

Nie pozostawało nic innego, jak przypuścić, że chodzi o jakąś torbiel zropiałą z zawartością w niej gazów gnilnych. Przypuszczano więc zropienie ostre torbieli jajnika wskutek skręcenia szypuły.

Dnia 16-go marca Neugebauer dokonał cięcia brzucha w smudze na miejscu rozstąpienia się mięśni prostych brzucha. Znalaziono guz, zrośnięty z przednią ścianą brzuszną, zupełnie nieruchomy, co zresztą już przed operacją wiedziano. Na wysokości pępka pętla jelit była ściśle zrośnięta z przednią ścianą brzucha — pętla ta leżała na guzie i była również i z guzem zrośnięta.

Przedłużono cięcie ku górze, dopóki nie uwidoczniło się powierzchni guza. Przy próbie wprowadzenia ręki do jamy brzusznej dla stwierdzenia, czy uda się palcami obejść guz, czy istnieją zrosty z sąsiedztwem i w głębi, guz pękł nagle, wydzielając się z niego duża ilość gazów śmierdzących i wylała się ropa. Serwetami otoczono guz, a raczej otwór jego, kleszczykami wyciągnięto z guza dwa warkocze włosów, płynną zawartość guza usunięto. Udowodniono, że chodzi tu o zropiałą torbiel skórzastą je-

dnego jajnika, prawdopodobnie prawego. Wypełniono jamę guza paskami gazy, również założono kilka pasków gazy do jamy brzusznej, otwartej po stronie lewej guza.

Traktowano sprawę, jak zwyczajny ropień, z tą tylko różnicą, że jama brzuszna była otwarta obok guza. Przebieg był pomyślny, jak świadczy o tem obecny wygląd chorej, która dziś, w kilka tygodni po operacji, zmieniła się nie do poznania po usunięciu sprawy ropnej, czyli po wyleczeniu z ropnicy. Sączki z gazy zmieniono po raz pierwszy na trzeci dzień po operacji. W trakcie zdrowienia wytworzył się jeszcze ropień opadowy w zatoce Douglasa, który opróżniono przez pochwę nacięciem tylnego sklepienia.

Rzadkość spostrzeżenia polega na wytworzeniu się gazów gnilnych w zropiałym guzie, na kolosalnej odporności chorej, niemożności ścisłego rozpoznania guza przed operacją, a nareszcie na braku w wywiadach jakichkolwiek wskazówek na jakiekolwiek bóle w brzuchu etc.

Przypadek chciał, że równocześnie z tą chorą leżała w szpitalu druga pacjentka, u której dokonano również operacji — kol. Rottermund — w zropiałej torbieli jajnika. Chora przybyła do ambulansu szpitalnego. Rozpoznano wielką torbiel jajnika i zalecono operację zaraz. Chora przeleżała się samej myśli o operacji i więcej się nie pokazała, dopóki nie nastąpiło nareszcie nagłe pogorszenie w stanie jej zdrowia. Przybyła wtedy ponownie do szpitala z gorączką, obrazem ropnicy, dreszczami etc.

Sama prosiła o operację. Po przecięciu ściany brzucha okazało się, że torbiel, sięgająca aż pod łuk żebrowy lewy, była zrośnięta ze ścianą brzucha. Torbiel pękła, wylało się dużo śmierdzącej ropy. Ponieważ jama brzucha nie była otwarta bezpośrednio, a tylko w miejscu zrostu guza ze ścianą brzuszną, traktowano torbiel, jak zwyczajny ropień. W dalszym przebiegu wypadła potrzeba utworzenia jeszcze jednej komory tej samej torbieli dwukomorowej i zrobienia przeciwotworu poniżej łuku żebrowego lewego. Chora przeleżała w szpitalu więcej, niż pół roku. Obecnie stan jej jest pomyślny poza wyczerpaniem serca: Myocarditis. Neugebauer opisuje te dwa spostrzeżenia, dodaje jeszcze kilka słów w sprawie postępowania w zropiałych torbielach jajników. Osobiście dwa razy asystował profesorowi Kosińskiemu przy dwukrotnej laparotomii u tej samej chorej, z jednej i tej samej przyczyny dokonanej. Za każdym razem chodziło o zropienie torbieli skórzastej jajnika wskutek skręcenia szypuły. Pomiedzy jedną a drugą operacją przebiegło około 4 lat. Wynik jednej i drugiej operacji był jaknajlepszy. Otoż, profesor Kosiński, natrafiając przy cięciu brzuszem na zrost torbieli chelboczącej zropiałej ze ścianą brzuszną najprzód naciął torbiel, potem wprowadził do torbieli kankę irygatora, wodą napełnionego, i tak długo płukał jamę torbieli, dopóki nie wylewała się z niej czysta woda. Teraz dopiero uchwycił brzegi rany torbieli kleszczykami, zamykając w taki sposób otwór torbieli. Następnie jedną ręką pociągał za kleszczyki, a palcami drugiej ręki oddzielał zrosty torbieli z sąsiedztwem: wydobył w taki sposób szczęśliwie całą torbiel na zewnątrz jamy brzusznej, raczej worek torbieli bez jakichkolwiek klampów, podwiązań etc. — licząc z wywiadów na świeżość zrostów. Na kikut torbieli nałożył dwie podwiązki, przeciął

osadę torbieli powyżej owych dwu podwiązek i manipulacja w brzuchu była skończona. Pozostało tylko jeszcze zaszyć ranę brzuszną. Przebieg pooperacyjny po obu operacjach był jaknajlepszy. Oczywiście, sposób ten postępowania i wypłukania jamy ropnia czyli zropiałej torbieli — przed otwarciem jamy brzusznej poza miejscem zrostu ścian torbieli ze ścianą brzuszną, daje co do ratowania życia chorej rokowanie znacznie lepsze, niż wszelkie postępowanie inne.

Neugebauer dodaje jeszcze jeden szczegół co do tej chorej i postępowania profesora Kosińskiego. Neugebauer odbył studia w szkole, która w przeciągu pierwszej doby po operacji wystrzegała się tego, aby operowanej cokolwiek do ust podawać, aby nie wywołać wymiotów.

Kosiński po operacji natychmiast kazał przynieść szklanę gorącej herbaty, usiadł obok chorej przy jej łóżku i łyżeczka po łyżeczce podał jej całą szklanę herbaty.

Jeszcze ś. p. kolega Matlakowski ostrzegał przed tem, aby operowanej niczego do ust nie podawać. Dziś poglądy się zmieniły, i na oddziale Neugebauera chore po laparotomii otrzymują wodę, herbatę etc. już podczas pierwszej doby, o ile po podaniu napoju nie wymiotują.

Nareszcie Neugebauer podaje jeszcze kilka słów co do techniki wyłuszczenia torbieli ze zrostów. Pożądane jest wydobyć torbiel niepękniętą; niestety, nieraz, i to bardzo często, torbiel ropna przy wyłuszczeniu ze zrostów pęka, przez co pomimo wszelkiej ostrożności, serwet etc. część zawartości jej ropnej dostaje się do jamy brzusznej. Otóż, Chrobak przed kilkoma laty w jednej dyskusyi w Wiedeńskim Towarzystwie gin-położniczem dawał radę, aby zmniejszyć stopień napięcia torbieli — dokonać nakłucia strzykawką Pravaza, wydobyć ze z strzykawki zawartości i wtedy dopiero przystąpić do wyłuszczenia zropiałej torbieli ze zrostów, stosując swoją radę głównie do postępowania w usuwaniu ropniaka jajowodu. Neugebauer uważa, że rada ta zasługuje na wielkie uznanie.

Oczywiście, miejsce nakłucia zabezpiecza się zaraz po usunięciu igły Pravaza — zaciskadłem; sama myśl Chrobaka polega na zmieszczeniu napięcia ścian worka pełnego, grożącego pęknięciem przy próbach wyłuszczenia jego ze zrostów. Im mniejsze będzie napięcie ścian worka, ropą napełnionego, tem łatwiej będzie uniknąć pęknięcia tegoż.

(Streścił mówca).

W dyskusyi Leśniowski przytacza przypadek, gdzie chora gorączkowała z powodu zropienia torbieli jajnika. Po przecięciu ściany brzusznej i otworzeniu przyrosłej torbieli wyciekła cuchnąca ropa oraz wyszły masy włóknika. Powstało pytanie, czy za wszelką cenę wydobyć torbiel całkowicie, czy też postąpić inaczej. Podczas próby odklejania przekonano się, że ściana guza była mocno i rozlegle przyrośnięta do otaczających ją tkanek, lecz jednocześnie zauważono, że ściana torbieli składa się z kilku warstw; wobec czego przystąpiono do wydalenia wewnętrznych zropiałych części, pozostawiono zewnętrzną błonę, zrośniętą z otrzewną, i włożono worek Mikulicza. Chora wyzdrowiała. Otóż, Leśniowski wygłasza zdanie, że ze względu na to, iż pozostałe błony i zrosty po pewnym czasie wsysają się i znacznie zmniejszają się, i operacja wtórna wsku-

tek tego może stać się b. łatwą, należy w razie zropienia przyrostej torbieli na razie usunąć, co się da, a następnie w zupełnie odmiennych, pomyślnych warunkach wykonać zabieg doszczętny, o ile tego zajdzie potrzeba.

3. *Rytko* przedstawił preparat mikroskopowy, pochodzący od kobiety, lat 52 mającej, która zgłosiła się do oddziału Gabszewicza z powodu guzika w lewej sromnej dużej wardze w miejscu, odpowiadającym gruczołowi Bartholina.

Wobec twardości guza, którego wielkość dosięgała orzecha włoskiego, częściowego zrośnięcia ze skórą wargi i powiększenia gruczołów chłonnych pachwinowych odpowiedniej strony, przyjęto guz za raka. Guz usunięto, zabrawszy dużo skóry i błony śluzowej pochwy, i wyluszczone gruczoły pachwinowe.

Badanie mikroskopowe potwierdziło w zupełności rozpoznanie; w gruczole pachwinowym również znaleziono ciała rakowe. Rana w wardze sromnej w pewnej części goiła się przez ziarninowanie, czego mówca nie uważa za ujemną stronę, gdyż niektórzy autorowie twierdzą, że, o ile po wycięciu macicy rakowatej przez pochwę gojenie przebiega z ropieniem, z krwawieniem dość znacznem i lekką gorączką, wtedy jakoby później następują nawroty.

4. *Z. Endelman* omawia następujący przypadek poronienia jajowodowego.

26-letnia S. N., od 8 miesięcy zamężna. Przed ślubem 2 razy poroniła w 5-ym i 6-ym tygodniu ciąży. Ostatnie poronienie przed 4 laty; po tem poronieniu cierpiała przez czas dłuższy na bóle w dolnej części brzucha i upławy. Miesiączkowała co 4 tygodnie po 6 dni. Peryody były obfite, i towarzyszyły im silne bóle brzucha. Ostatnia prawidłowa miesiączka 21 marca 1910 r. 30 kwietnia, po 10-dniowym zatrzymaniu się miesiączki chorą dostała bardzo silnych bólów w prawem podżebrzu i w krzyżu, prócz tego wystąpiły wymioty i tak znaczne osłabienie, że, jak sama opowiada, omal nie zemdlała.

Po przybyciu pacjentki, Endelman znalazł wybitną niedokrwistość, wzdęcie i bolesność brzucha oraz sstłumienie w dolnej części brzucha, dochodzące po stronie prawej prawie do podżebrza. Tętno 120, małe; cięplota = 37,4°. Badanie wewnętrzne wykazało macicę nieruchomą w tyłożgięciu. Na stronie prawej wzmożona odporność oraz uwypuklenie sklepienia. Objawy powyższe były tak charakterystyczne, że rozpoznanie ciąży jajowodowej przerwanej nie przedstawiało żadnych wątpliwości.

Nazajutrz rano przewieziono chorą do zakładu, gdzie bezzwłocznie E. przystąpił do otwarcia jamy brzusznej. Cięcie w smudze. W jamie brzucha znaleziono bardzo dużo krwi płynnej i skrzeplej. Macica znajdowała się w tyłożgięciu. Tylna jej powierzchnia była zrośnięta za pomocą bardzo mocnych zrostów z prostnicą. Przydatki maciczne obustronnie w licznych i obszernych zrostach otrzewnowych. Po stronie lewej—sactosalpinx. Ujście brzuszne jajowodu prawego szeroko rozwarte; w świetle widać zawartość krwawą. Wycięcie prawego jajowodu wraz z jajnikiem. Peritonisatio. Lewego jajowodu E. nie usunął przez wzgląd na niepewną zawartość.

Chora opuściła łóżko po 3-ch tygodniach. Wycięty jajowód ma długość 11 ctm.: w odcinku brzuszny na przestrzeni 3 ctm. od ujścia brzuszno przedstawia znaczne rozszerzenie o średnicy 2 - 2½ ctm. Jaja płodowego nie znaleziono.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę z tego względu, że z powodu zarośnięcia dołu Douglasa nie mogło tu być mowy o wytworzeniu się krwisteku pozamacicznego, do czego poronienie jajowodowe w większości przypadków prowadzi.

Na zakończenie E. omawia postępowanie operacyjne w wolnych krwotokach do jamy brzusznej w przebiegu ciąży jajowodowej. Otóż w kwestyi tej zdania są podzielone. Werth, Zweifel, Küstner i Hannes dbają o to, aby nie pozostawiać w jamie brzusznej skrzepów. Hannes niedawno w artykule: „Über Notoperation bei Extrauterin gravidität“, drukowanym w „Praktische Ergebnisse für Geburtshilfe und Gynäkologie 1910“ — w ten sposób opisuje swoją technikę. Już podczas przenoszenia pacjentki na stół operacyjny dba on o pewne uniesienie górnej połowy ciała, aby krew nie spływała ku górze. Operacja dokonywana jest w położeniu poziomem. Po możliwie dokładnem usunięciu krwi za pomocą specjalnej łyżki i tamponów, wycina on jajowód ciężarny. Następnie wprowadza duże tampony do podżebrza, gdzie często zbiera się krew, i dopiero po tak skrupulatnem usunięciu krwi i skrzepów zaszywa ścianę brzucha. E. operuje w położeniu Trendelenburga i usuwa tylko to, co jest widoczne i łatwe do usunięcia. Zaznacza jednak, że w 5-ju przez siebie szczęśliwie operowanych przypadkach, przy znakomitem samopoczuciu pacjentek, ciepłota w ciągu 2—3 tygodni po operacyi często dochodziła do 37,5°. E. fakt ten tłumaczy wysysaniem się pozostałej krwi.

(Streścił mówca).

5. *J. Jakowski* przedstawił fotografię donoszonego noworodka, wydobytego za pomocą cięcia brzuszno, z guzem na szyi wielkości główki. Dnia 14 maja 1910 r. o godz. 1½ w nocy Jakowski został wezwany do porodu. Wieloródka, lat trzydzieści kilka — urodziła 6-ro dzieci prawidłowo; ostatni poród przed 2 l. 4 miesiącami. Obecnie bóle zaczęły się o godzinie 10-ej rano; wody odeszły o 10-ej wieczorem prawie przy całkowitem rozwarciu — od 12-ej w nocy bóle słabsze.

T.=96; na wysokości pępka dziecko, leżące w poprzek—dobrze wyczuwalne; bicia serca wcale nie słychać. Zarysy macicy niejasne; brzuch trochę bolesny; rozwarcie całkowite; główka w próżni w położeniu czołowym, przedgłowie. Przypuszczając, że są bliźnięta, pomimo czołowego położenia, przystąpiono do nałożenia kleszczy — jednakże bez pożądanego wyniku, wobec tego zrobiono przez duże cięcie wymóżdżenie nożyczkami i, nie mając kranioklasta, próbowano wydobyć główkę za pomocą kleszczy. Gdy i tym sposobem nie udało się wydobyć główki, Jakowski, przypuszczając jakąś potworność płodu w ciąży bliźniaczej, polecił poprosić drugiego lekarza, ażeby w uspieniu poród zakończyć. Przed przybyciem kolegi, zaraz po ułożeniu chorej na podłożnem łóżku — zaczęła się ona uskarżać na silne bóle w brzuchu, nie dała się do brzucha dotknąć; tętno przyspieszo-

ne (120—140 uderzeń na minutę), pot kroplisty na czole i twarzy; wszystkie te objawy przemawiały na korzyść tego, że nastąpiło pęknięcie macicy, położenie zaś płodu pozostało bez zmiany.

Krwawienia nazewnątrż nie było. Ze względu na to chorą przewieziono przez Pogotowie do szpitala na Pradze, gdzie dokonane cięcie brzuszne wykazało obecność tylko jednego płodu, obarczonego jednak guzem na szyi, który stanowił przeszkodę do wydobycia płodu przez pochwę. Płód leżał w jamie brzusznej, łożysko w rozerwanej szyi macicznej z prawej strony, gdzie było całkowite pęknięcie macicy w części szyjnej, sięgające ku dołowi aż do sklepienia. W prawem przymaciczu ogromna ilość wolnej krwi, obrażenie mięśni, przebiegających po tylnej ścianie miednicy przy dość silnem krwawieniu; z lewej strony niewielkie pęknięcie szyi macicznej. Zrobiono amputatio uteri extraperitonealis supravaginalis; do prawego i tylnego sklepień założoną gazę jodoformową. Szew brzuszny 2-piętrowy.

Omawiając przypadek, Jakowski jest zdania, że w danym razie nie rozpoznał istniejącego już pęknięcia macicy, a to z powodu dobrego tętna—96 uderzeń na minutę—prawdopodobnie z tej przyczyny, iż pęknięta część szyi macicznej była zatamponowana guzem i ciałem dziecka. Przypuszczaną zaś ciążą bliźniaczą można było sobie wytłómaczyć niejasność zarysów macicy i brak bólów. Położenie płodu w poprzek na wysokości pępka wprowadziło nawet w błąd kilku kolegów, którzy, po przywiezieniu chorej do szpitala, badali ją zewnątrz i również przypuszczali ciążę bliźniaczą. Chora zmarła na 3 dzień po operacji w objawach zapalenia błony brzusznej. W końcu Jakowski zaznaczył, że gdyby był rozpoznał pęknięcie macicy i nie próbował chorej rozwiązać, możeby udało się ją uratować drogą cięcia brzuszego.

6. *J Jakowski* przedstawił również fotografię dużego włóknika wielkości 2 pięści, który wypadł z macicy po wyjściu dziecka, a przed wyjściem łożyska. Włóknik pochodzi od pierwiastki, lat 23, która zaczęła miesiączkować w 15-ym roku (co 4 tygodnie—6 do 7 dni—nie obficie), przed 10-u miesiącami wyszła za mąż; miała dwa razy peryod i obecnie przed 3 tygodniami urodziła dziecko nieżywe niedonoszone przy ogromnej ilości wód płodowych. Krwawienia po porodzie nie było. Na 4 tydzień odpadł dość spory skrzep. Na guzie znajdują się ślady osady dosyć szerokiej, posiadającej naczynia krwionośne. Zasługuje na szczególną uwagę to, że pomimo obecności włóknika podśluzowego, urodzonego podczas porodu, tak obecna chora, jak również poprzednia, o której Jakowski mówił na posiedzeniu d. 26 listopada r. z., miesiączkowały do zajścia w ciążę zupełnie prawidłowo i nie obficie, a podczas ciąży żadnych krwawień nie miały.

(Streścił mówca).

7. *Huzarski* przedstawił preparat, pochodzący od panny 19-to letniej, przywiezionej przed tygodniem z Białegostoku z objawami zapalenia otrzewnej. Chora zapadła przed 2 dniami na gwałtowne bóle brzucha w połączeniu z wymiotami. Miała podobny napad przed 2 miesiącami, ale ten ustąpił po kilku dniach leżenia w łóżku. Brzuch mocno wzdęty, bardzo bo-

lesny; w jamie brzusznej wyczuwa się guz wielkości główki noworodka, mało ruchomy, w głębi wyczuwa się jakoby chęłbotanie.

Przy ostrożnem badaniu przez pochwę (virgo intacta) wyczuwa się w sklepieniu przedniem guz o powierzchni równej, rozdzielony poprzeczną brózdą na 2 części. Macica mała, odepchnięta na lewo i ku tyłowi. Ciężkość — 38,8^o. Tętno 120. Wobec tych objawów H. zrobił rozpoznanie torbieli jajnika skręconej, prawdopodobnie prawostronnej, i wobec objawów zapalenia otrzewnej nalegał na natychmiastowe dokonanie operacji. Chora została tegoż dnia wieczorem przewieziona przez Pogotowie ratunkowe do zakładu. Następnego dnia zostało dokonane otwarcie jamy brzusznej i znaleziono torbiel prawego jajnika, skręconą na 180^o około osi, koloru ciemnofioletowego, o krótkiej i grubej szypule. Nałożono klampy na szypułę po odkręceniu guza, podwiązano struną, obcięto i po obszyciu otrzewną opuszczono do jamy brzusznej.

Oglądając preparat szczegółowiej, widzimy, że mamy do czynienia z torbielą międzywjadłową o zawartości krwistej, na torbieli siedzi z prawej strony od góry jajnik, powiększony kilkakrotnie, z wylewami krwistymi do mięszu; jajowód, grubości ołówka, obejmuje cały guz od dołu. Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny.

(Streścił mówca).

8. *Rytko* odczytał referat „W sprawie profilaktyki gorączki połogowej“ *).

B. SZYBOWSKI.

PRZEGLĄD PRAC ORYGINALNYCH Z DZIEDZINY CHIRURGII I GINEKOLOGII, WYDRUKOWANYCH W PISMACH LEKARSKICH POLSKICH W R. 1910 (1^e półrocze).

Gazeta Lekarska. Z. Sławiński. O zastosowaniu szwu naczyń krwionośnych №№ 2, 3, 4. — M. Pietkiewicz. 10 przypadków gruźlicy narządów moczowych u kobiet №№ 5, 6. — L. J. Zieliński. Przyczynę do kazuistyki gruźlicy nerek №№ 5, 6, 7, 8, 9. — M. Zwejbaum. Przypadek cukromoczu u ciężarnej № 14. — M. Kaufman. O wielokrotnem pęknięciu sklepienia pochwowego podczas porodu №№ 18, 19. — Z. Bychowski. Teoretyczne podstawy leczenia spastycznych porażań metodą Foerстера № 26.

Medycyna i Kronika Lekarska. S. Mintz. O recydywach po operacyjnem leczeniu kamicy żółtowej №№ 1, 2. — M. Koenigstein. Przyczynę do techniki podśluzowego wycięcia przegrody nosa № 9. — M. Lubelski. Przypadek rezekcyi raka poprzeczniczy, zakończony wynikiem po-

*) Wydrukowany w obecnym Zeszytcie „Przeglądu Chirurgicznego i Ginekologicznego“.

myślnym № 14. — I. Grundzach. O przepuklinie nadbrzuszej ze stanowiska internisty № 21.

Nowiny Lekarskie. W. Falgowski. O wynikach badań cystoskopijnych po operacjach ginekologicznych № 1. — L. Zembrzowski. O zapaleniu stawów pochodzenia pneumokokowego u dzieci № 4. — J. Bogdanik. O opatrunku ustalającym krochmalnym №№ 5, 6.

Przegląd Lekarski. P. Schroeter. W sprawie ran postrzałowych przewodu pokarmowego i przedziurawień przewlekłych wrzodów żołądka №№ 8, 9, 10, 11. — H. Goldberg. W sprawie ran postrzałowych klatki piersiowej № 12. — H. Goldberg. W sprawie urazów jamy brzusznej № 14. — V. Chlumsky. Maść tuberkulinowa Moro w przypadkach gruźlicy chirurgicznej № 13.

Tygodnik Lekarski. M. Herman. z spostrzeżenia krwawienia ze sutków u kobiet № 2. — Słęk. O wynikach leczniczych „appendicitis“ drogą operacyjną №№ 5, 6, 7, 8, 9. — Falgowski. W sprawie leczenia różnych zbroczeń macicy №№ 8, 9, 10. — A. Rydygier. O nowotworach kończyn № 23.

BIBLIOGRAFIA.

Opuścił prasę zeszyt I „Zarysu Chirurgii praktycznej dla lekarzy i studentów”, skreślony przez J. Borzymowskiego.

Z nieklamaniem ukontentowaniem witamy zamiar oryginalnego opracowania i wydania Chirurgii w języku polskim. Brak dzieła, które odpowiadałoby poziomowi poglądów współczesnych, w wielu działach nauki naszej tak poważnym w ostatnich czasach uległym zmianom, odczuwa się jaknajdotkliwiej. Należyte wywiązanie się z powziętego zamiaru, o ile z jednej strony jest zadaniem nader trudnem, o tyle z drugiej — zasłuży na powszechne uznanie i wdzięczność społeczeństwa.

Ze szczegółową oceną nowego wydawnictwa wstrzymamy się do chwili ukazania się ostatniego zeszytu tegoż. Dziś, powodowani szczerą życzliwością dla Autora „Zarysu Chirurgii“, pozwalamy sobie zwrócić Jego uwagę na niektóre usterki formalne, w zeszycie I napotykane. Więc najpierw odnośnie strony zewnętrznej; wydaje się nam, że za obfite, za częste stosowanie obok siebie rozmaitych rodzajów trzcionek: obok garmonu — druku tłustego oraz tytułowego, nie zawsze zresztą dla istotnej potrzeby, rychło prowadzi do znużenia wzroku, a potem i uwagi czytelnika. Następnie, zbyt często napotykamy wyrazy obce, które z łatwością dałoby się przecie zastąpić wyrazami polskimi (radykałnie, rezultat, diagnoza, obiektywny, notoryczny, organizm, normalny, elastyczny, anomalia, bronchity, chroniczny i t. d., i t. d.). Zasługuje również na zaznaczenie używanie zarówno pojedynczych wyrazów, jak i całych zdań, niezupełnie zgodnych z duchem

języka polskiego (przy badaniu, przy rozpoznawaniu, podejrzenia o nienormalny stan, skąpe wydzielanie się moczu, przemycie żołądka jest nieodzownem, w ostrych formach zapalenia pęcherza moczowego następują silne bóle... a w moczu... ciała ropne i czerwone ciała krwi, i t. d.). Pisownia nie jest jednostajna: już to pisze D-r Borzymowski zgodnie z pisownią Kryńskiego, już to stosuje się do pisowni krakowskiej. Wreszcie, musimy wspomnieć i o znakach pisarskich: w wielu miejscach napotykamy brak ich zupełny, w innych — niewłaściwe ich zastosowanie. Uogólniając, możemy powiedzieć, że mamy wrażenie, jakoby korekta wydawnictwa nie była wystarczająco staranna. Zwróceniem uwagi Autora na powyższe drobne usterki pragnęlibyśmy przyczynić się do zniknięcia ich w następnych Zeszytach Jego wydawnictwa.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

D. 6-go, 7-go i 8-go października r. b. odbył się w Warszawie Zjazd Chirurgów Polskich. Zainteresował on nie tylko chirurgów, którzy licznie przybyli z najbardziej nawet odległych miejscowości, lecz i b. wielu lekarzy innych specjalności. Na liście uczestników Zjazdu znajdujemy ogółem 347 nazwisk. Uczestnicy odbywali posiedzenia 2 razy dziennie: zrana od godziny 9-ej do 1-ej, i po południu od 2½ do 6-ej. Na wszystkich 6 posiedzeniach sala obrad była przepelniona. Nastrój ogólny poważny, uroczysty, zainteresowanie się obradami od początku do końca Zjazdu niesłabnące.

Prócz 3 referatów programowych 1) o leczeniu zapaleń ostrych wyrostka robaczkowego, 2) o współczesnych sposobach znieczulania i 3) o aseptryce i antyseptyce operacyjnej, zgłoszono 179 wykładów. Oczywiście, wobec tak ograniczonego czasu wygłoszono zaledwie część zapowiadanych wykładów. Inne z prawdziwą stratą dla uczestników musiały spaść z porządku dziennego.

Prócz specjalistów chirurgów wygłosili z dużą korzyścią dla Zjazdu wysoce interesujące odczyty na tematy, pozostające w łączności z pewnymi działami chirurgii, i z dziedzin jej pokrewnych rozmaici uczeni polscy, że wymienimy tu prof. Kostaneckiego (O położeniu wyrostka robaczkowego i jego fałdach otrzewnej ze stanowiska historii rozwoju), prof. Cybulskiego i doktora Eigera (O elektrodiagramach w rozmaitych rodzajach narkozy), prof. Rosnera (O wyluszczeniu włókniaków wśród doszczętnej myotomii, Dwa przypadki ciąży brzusznej), doktora Motza (O zapaleniu miedniczek nerkowych), i wielu inn.

Tematy, zgłoszone przez specjalistów-chirurgów, obejmują niemal wszystkie zagadnienia, najbardziej poruszające w chwili obecnej chirurgów całego świata. Śród nich znajdujemy i kilka prac doświadczałnych (Hubicki i Szerszyński, Rotermund i inni).

Zjazd tegoroczny dowiódł, że chirurgia polska dzielnie podąża, a często — współzawodniczy z chirurgią innych narodów.

Szczegółowe sprawozdanie z odbytych przemówień podamy w następnych Zeszytach naszego pisma.

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

Władysław Falgowski (Poznań). W sprawie leczenia różnych zbroceń macicy.

P. Schroeter (Pabianice). W sprawie ran postrzałowych przewodu pokarmowego i przedziurawień przewlekłych wrzodów żołądka. Odbitka z „Przeglądu Lekarskiego” r. 1910.

Tenże. Przypadek pyopneumothoracis traumatici. Odbitka z „Czasopisma Lekarskiego” r. 1900.

Tenże. Ein einfaches Verfahren der Entfernung in der Harnröhre eingeklemmter Konkreme. Odbitka z „Zentralblatt f. Chirurgie” r. 1905.

Tenże. Einige Worte zur Sicherstellung der Diagnose mancher zweifelhafter Frakturen. Odbitka z „Zentralblatt f. Chirurgie” r. 1897.

Tenże. Przypadek urazu nerki. Odbitka z „Czasopisma Lekarskiego” r. 1899.

A. Woskresienski. Stowain, Eksperimentalnyja dannyja i kliniczeskija nabludenia. Odessa 1909.

W. Lindenberg. Materiały k woprosu o dietoubijstwie i płodoizgnanii w Witebskoj gubernii. 1910. Dissertacja.

Obozrenie lekcij w Imperat Jurjewskom Uniwersitetie 1909 I, II semestr.

Licznyj sostaw Imperat. Jurjewskago Uniwersiteta. r. 1909.

