

PRZEGLĄD

CHIRURGICZNY I GINEKOLOGICZNY

151
DWUMIESIĘCZNIK

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

Antecki Stanisław, Bartkiewicz Br. (Zawiercie), Bełżyński Mieczysław, Borsuk Maryan, Boryssowicz Teodor, prof. Bujwid Odo (Kraków), Bursche Emil, Chodakowski Gustaw, Ciechomski Andrzej, Cykowski Stanisław, Czarkowski Józef, Czerwiński Cz. (Lublin), Dobrucki S. (Lublin), Ehrlich Eugeniusz, Eudelman Zygmunt, Filipowicz Władysław, Fiszler Stanisław, Fryszman Aleksander, Fuksiewicz Leon (Radom), Gabszewicz Antoni, Garszyński Wacław, Goldberg Oskar, Goldman H. (Łódź), Gromadzki Jan, Groszlik Samuel, Gruszczyński Aleksander, Gurbski Stanisław, Hincz Piotr, Horodyński Witold, Jakłimiak Bolesław, Janczewski Władysław, Jankowski Czesław, Jastrzębski Henryk, Jaworski Józef, Judt Ignacy Maurycy, Kielkiewicz Jan, Kijewski Franciszek, Kopczyński Aleksander, Kosicki Franciszek (Radom), Kossowski Roman, Kotowicz. (Białystok), Krause Ludwik, Krąkowski Franciszek, Krusze Alfred (Łódź), prof. Kryński Leon, Laskowski Józef, Lebensbaum Maksymilian, Leśniowski Antoni, Lewenstern Eugeniusz, Lorentowicz Leonard, Łapiński Wacław, Majewski Fefiks, (Włno), Marcinkowski Alfons, Mincer Adam, Mirowski (Bielce g. Bessarabska), Monsiorski Zygmunt, Natanson Antoni, Neugebauer Franciszek, Oderfeld Hipolit, Orzeł Kazimierz, Popiel Włodzimierz, Przyborowski Adam, Raum Roch, Ryłko Maryan, Sawicki Bronisław, Stawiński Zdzisław, Smechow-ski Antoni, Solman Ignacy, Stankiewicz Czesław, Stankiewicz Władysław, Stanisławski Stanisław (Łowicz), Szybowski Bronisław, Szymański Bronisław, Thieme Apollinary, Tymieniecki Edward, Wertheim Aleksander, Wrześniowski (Częstochowa), Zaborowski Stanisław, Zembrzuski Ludwik, prof. Ziemacki Józef (Petersburg), Zwejgbaum Maksymilian, Żołędziowski Maksymilian (Dąbrowa Górnicza), Żurakowski Witold.

REDAKTOR ANTONI LEŚNIEWSKI

WYDAWCA CZESŁAW STANKIEWICZ

Komitet redakcyjny: CIECHOMSKI, prof. KRYŃSKI, MONSIORSKI, FR. NEUGE-
BAUER, ODERFELD, BR. SAWICKI, SŁAWIŃSKI, WERTHEIM i ZWEJBOAUM.

TOM VII. ZESZYT I.

LIPIEC — SIERPIEŃ 1912.

7
1912

WARSZAWA

CZCZONKAMI L. BILIŃSKIEGO I W. MAŚLANKIEWICZA, NOWORODZINA 17.

A P T E K A

E. GESSNERA

w Warszawie

POLECA WŁASNEGO WYROBU:

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

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

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

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

Kefir, Pastyłki kefirowe do wyrobu domowego kefiru;

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

NA POWYŻSZE ŚRODKI OSOBNE CENNIKI
GRATIS I FRANCO.



Dr. Władysław Stankiewicz.

PRZEGLĄD

Chirurgiczny i Ginekologiczny

TOM VII. ZESZYT I. LIPIEC. SIERPIEŃ. 1912.

Zeszyt niniejszy poświęcamy Doktorowi Władysławowi Stankiewiczowi. Zeszyt ten, zawierający wiązanek prac, skreślonych piórem Jego byłych i obecnych uczniów, współpracowników szpitalnych i przyjaciół, poświęcamy Mu przedewszystkiem z racji Jego złotych godów z zawodem lekarskim, gdyż w roku bieżącym upływa właśnie 50 lat od ukończenia przez Doktora W. Stankiewicza w r. 1862 Akademii Medyko-Chirurgicznej. Cieszymy się serdecznie wraz z Nim, że chwili tej doczekał w znakomitym stanie zdrowia i czerstwości zarówno ciała, jak i ducha.

Ten tak ogromny okres czasu wypełnił Doktor W. Stankiewicz rzetelną, a nieustanną pracą, już-to organizując oddział chirurgiczny w szpitaliku dziecięcym przy ulicy Aleksandryi, już-to na stanowisku ordynatora oddziału chirurgicznego najpierw w szpitalu S-go Rocha, następnie — w szpitalu Ewangelickim, już-to, wreszcie, jako lekarz naczelny tegoż szpitala, nie rozstając się, zresztą, z umiłowanym przez się oddziałem.

Wypełniając nadzwyczaj sumiennie wzięte na się obowiązki, kształcąc pod swym kierunkiem szereg lekarzy młodszych, chyżo zdąża Doktor W. Stankiewicz z nieustającą energią i zapalem za postępami chirurgii i zawsze znajduje się na wysokości chwili bieżącej. Poświęcając się wszystkim działom chirurgii, niektóre z nich umiłował szczególnie; do takich należy urologia, którą, niewątpliwie, jeden z pierwszych u nas na stopie nowoczesnej postawił.

Oddany codziennej zmułnej pracy ściśle zawodowej, znajduje Doktor W. Stankiewicz czas, by z równym zapalem pracować i na niwie naukowej, o czem świadczy dobitnie długi szereg rozpraw, jakeimi zasilał nieomal wszystkie pisma lekar-

Leczenie chirurgiczne przedziurawienia żołądka.

„Przedziurawienie wrzodu żołądka lub dwunastnicy jest jedną z najpoważniejszych i najbardziej przerażających katastrof, jakie spotkać mogą istotę ludzką. Wybuch objawów jest nagły, przebieg szybki, i jeśli zabieg chirurgiczny nie jest zastosowany wcześniej, to choroba prawie w każdym przypadku kończy się zejściem fatalnem“.

Temi słowy Mayo Robson i Moynihan rozpoczynają w swej książce „Diseases of the stomach“ rozdział o przedziurawieniach wrzodów żołądka i dwunastnicy.

I rzeczywiście, szereg niepomyślnych zejść, wywołanych przez przedziurawienie wrzodu okrągłego żołądka, a spostrzeganych przezemnie w ciągu ostatnich kilku lat, w zupełności, zdaje się, potwierdza powyższe zdanie.

O ile udało mi się stwierdzić przez rozpytywanie kolegów, poza pojedynczymi przypadkami nikt u nas większym materiałem w tym kierunku nie rozporządza, a z ogłoszonych u nas w Warszawie — jest tylko jeden przypadek prof. Kryńskiego; sądzę więc, że przytoczenie i szczegółowe rozejrzenie się w kilku przypadkach, spostrzeganych przezemnie bądź osobiście, bądź wspólnie z innymi kolegami, nie będzie pozbawione pewnego interesu po pierwsze — z powodu względnej rzadkości i ciężkości samego cierpienia, a powtórę — co do możliwej różnicy zdań między chirurgami i internistami odnośnie rodzaju leczenia tego zachorzenia.

Piśmiennictwo zagraniczne, zwłaszcza angielskie i amerykańskie pod względem liczby prac o leczeniu wogóle wrzodu żołądka na drodze operacyjnej jest olbrzymie, i statystyki podawane opierają się na tysiącach przypadków, leczenie zaś jednego z powikłań wrzodu okrągłego, mianowicie operacyjne leczenie przedziurawienia żołądka, opiera się na statystykach, składających się już z dziesiątków i setek przypadków. Co dziwniejsza, że, jakkolwiek pierwszą operację w przedziurawieniu

żołądka wykonał Mikulicz, to głównie w Anglii, dzięki Mayo Robsonowi i Moynihanowi, i w Ameryce dzięki braciom Mayo operowanie wrzodu żołądka i jego powikłań najbardziej i najpierw rozpowszechniło się.

Obecnie w Niemczech i Francji liczba podawanych przypadków tej kategorii również jest dość znaczna, i zwiększa się szybko, z każdym rokiem, w każdym jednak razie pierwszeństwo w operowaniu wrzodu żołądka i jego powikłań przyznać należy anglo-amerykanom. Nie należy wyprowadzać stąd wniosku, że w krajach tamtych wrzód żołądka, a co idzie zatem, i jego powikłania zdarzają się częściej, niż w Niemczech, Francji lub u nas. Według Rütimayera, który dokładnie badał liczbę zachorowań pod względem geograficznym, w Ameryce Północnej wrzód żołądka jest rzadki, w Europie zaś najrzadziej zdarza się w Szwajcaryi, najczęściej w Danii; Austria, Niemcy i Anglia zajmują miejsce środkowe. Rosya należy do krajów, w których wrzód zdarza się rzadziej. Rütimayer nie podaje szczegółów co do częstości wrzodu u nas, lecz ponieważ tryb życia naszego i jego warunki są zbliżone do życia na Zachodzie, przypuszczać należy, że i częstość wrzodu jest więcej zbliżona do ogólnej średniej. Mała więc liczba spostrzeżeń nad przedziurawieniem żołądka zależy od innych przyczyn. Już to w tak zwanych ostrych przedziurawieniach nie rozpoznajemy ich prawidłowo i wcześnie, i do rąk chirurgów dostają się te przypadki już jako rozlane zapalenia otrzewnej, o zamaskowanej etyologii, a za to z małą szansą na skuteczność zabiegu chirurgicznego, już też w przypadkach t. zw. przewlekłego przedziurawienia zachowawczość nasza nie decyduje się na poddanie chorych zabiegowi, który może skutecznie uleczyć i zapobiedz innym, poniżej przytoczonym powikłaniom.

A jednak, do pewnego stopnia w analogicznych cierpieniach zdołaliśmy się jednak otrząsnąć z tej zachowawczości. Mam tu na myśli zachorzenia i przedziurawienia wyrostka robaczkowego i pęknięcia ciąży zewnątrzmacicznej. O ile jeszcze przed kilkoma laty do rąk chirurga dostawały się tylko przypadki appendicitis chronica, a z ostrych tylko te, gdzie było rozlane zapalenie otrzewnej, lub wytworzyły się już ropnie, dzisiaj coraz częściej operujemy przypadki w samym początku zachorowania i przedziurawienia. Sądzę, że te same względy, które

obecnie nakazują nam operować po pierwszym rozpoznaniu zachorzenia wyrostka robaczkowego, powinny stosować się i do przypadków rozpoznanego przedziurawienia wrzodu okrągłego żołądka. Zarówno, te same wskazania, tylko w silniejszym stopniu ze względu na szybsze zakażenie otrzewnej, powinny kierować nami w przedziurawieniu żołądka, co i w pęknięciu ciąży zewnątrzmacicznej.

Gdybyśmy częściej operowali wrzody żołądka, że tak powiem „à froid“, to mniej mielibyśmy następczych powikłań pod postacią śmiertelnych krwotoków, przedziurawień ostrych i przewlekłych, bliznowych zwężeń odźwiernika, klepsydrowatego żołądka, wreszcie, być może, przez szybsze i trwalsze zagojenie wrzodu na drodze operacyjnej uniknęlibyśmy tak niepożądanego, a jednak częstego powikłania — raka żołądka, który, jak obecne spostrzeżenia wskazują, prawie zawsze powstaje na tle owrzodzeń istniejących, lub zagojonych.

Zanim przytoczę opis moich własnych przypadków, postaram się w krótkości podać ogólną semiotykę przedziurawień wrzodów żołądka.

Częstość powikłania wrzodu żołądka przez przedziurawienie różni autorowie różnie podają, i krańcowe liczby stoją od siebie dość daleko. Znaczne te różnice zależą od umiejscowienia wrzodu żołądka. Wrzody na tylnej ścianie żołądka, aczkolwiek zdarzają się znacznie częściej, wszakże ulegają przedziurawieniu rzadziej, przyczem samo przedziurawienie przebiega łagodniej z powodu warunków anatomicznych, łatwiej umiejscawia się, dając częściej tylko ograniczone ropnie, np. ropnie podprzeponowe. Za to rzadsze pod względem umiejscowienia wrzody na przedniej ścianie znacznie częściej ulegają przedziurawieniu. Riegel podaje, że z wrzodów na tylnej ścianie żołądka tylko w 2% następuje przedziurawienie. Mayo Robson, porównywując różne statystyki, dochodzi do przekonania, że 12% do 28% wszystkich wrzodów ulega przedziurawieniu. Moynihan podaje granice między 6,5% i 28%. Fenwick na zasadzie 112 swoich przypadków odsetkę przedziurawień określa na 28,5%, a na zasadzie 678 badań pośmiertnych, w których znaleziono wrzód okrągły, liczbę przedziurawień podaje na 22,8%.

Sądzę jednak, że dla należytego ocenienia danych statystycznych ważniejsze jest od liczby podanych przypadków to,

przez kogo dane są podane. Dla wyjaśnienia powyższego dam przykład następujący: gdybyśmy np. zbierali dane statystyczne co do wyników jakiegokolwiek zabiegu chirurgicznego w kilku oddziałach pewnego dużego szpitala, to niezawodnie różnica pomiędzy danymi z pojedynczych oddziałów, jak również różnica między wyprowadzoną przeciętną ogólną i przeciętną każdego oddziału byłaby duża. Zależałoby to nie tylko od zręczności i sprawności danego chirurga, ale przy małej liczbie przypadków wprost od zbiegu okoliczności. Daleko większą wartość i bardziej zbliżoną do rzeczywistości mieć będą dane, podawane przez tak zwanych „specjalistów“, do których odpowiedni materiał częściej bywa skierowany. Jeśli więc za takich specjalistów uznać chirurgów: Moynihana, braci Mayo, Mayo Robsona, to z podawanych przez nich danych częstość przedziurawień określić można na 15—20% ogólnej liczby wrzodu peptycznego. Przyczem zaznaczyć należy, iż w Stanach Zjednoczonych wobec rzadziej zdarzających się wrzodów żołądka przedziurawienia procentowo również są rzadsze, niż w innych krajach.

Co do umiejscowienia przedziurawień, to wypowiedziane powyżej zdanie Riegela o względnej rzadkości przedziurawień tylnej ściany Brinton mniej więcej podziela, określając częstość przedziurawień w sposób następujący: 70% wszystkich przedziurawień zdarza się na przedniej ścianie żołądka, 21% na małej krzywiznie, a tylko 9% na tylnej ścianie owego narządu. Petren na 77 przyp. znalazł w 53 przebicie przedniej ściany, w 15 — małej krzywizny, w 9 — tylnej ściany; Morton na 11 przyp. — wszystkie na przedniej. Dahlgren na 21 przypadków raz tylko widział przedziurawienie na tylnej ścianie. Stosunek częstości tych przedziurawień ma znaczenie dla rokowania i leczenia. Przedziurawienia przedniej ściany występują w bardziej ostrej formie, prędzej dają rozlane zapalenie otrzewnej, lecz za to są bardziej dostępne dla bezpośrednich zabiegów chirurgicznych, podczas gdy wrzody na tylnej ścianie przebijają się częściej pod postacią przewlekłą, przyczem zrosty z bliżej leżącymi narządami wytwarzają się wcześniej i dają w ten sposób najczęściej otorbione, ograniczone zapalenie otrzewnej. Z drugiej strony są one b. niedostępne dla zabiegów np. zeszcycia, a nawet częstość są wprost niemożliwe.

Co do płci, to biorąc pod uwagę, że wrzody okrągłe częściej przytrafiają się u kobiet, niż u mężczyzn, częściej też u nich spotykamy przedziurawienia żołądka, procentowy jednak stosunek przedziurawień do liczby wrzodów u mężczyzn i u kobiet, zdaje się być jednakowy. W moich np. 6 przypadkach zawsze płeć była męzka. Fakt ten potwierdza wyżej wypowiedziane zdanie, jak ostrożnie należy wyprowadzać wnioski z pojedynczych statystyk.

Zdaje się, że żaden wiek nie jest wolny od tego cierpienia. Parkinson podaje przypadek przedziurawienia wrzodu u 2 letniego dziecka, Keppie Paterson operował 13 letniego chłopca z tego samego powodu, większość jednak zgadza się, że najczęściej cierpienie to zdarza się między 18—30 r. W moich przypadkach 4 było między 30 — 50, jeden miał 53, jeden — 64 lata.

Wielkość otworu bywa rozmaita: od wielkości łebka szpilki do otworu, przepuszczającego palec. Wielkość otworu ma pewną wartość dla rokowania, gdyż małe otwory łatwiej ulegają zaklejeniu przez sieć lub zrost z sąsiednim narządem, i jest wówczas więcej szans na zabezpieczenie otrzewnej od przedostania się do niej treści żołądkowej. W przypadku dużych otworów objawy zazwyczaj są burzliwe.

Samo przedziurawienie może wystąpić pod postacią ostrą, lub przewlekłą. To ostatnie poprzedza się najczęściej pewnego rodzaju okresem zwiastunów. Chorzy zazwyczaj na kilka dni przedtem doznają nieokreślonych zaburzeń żołądkowych: uczucia pełności w dołku, przemijających lekkich bólów, umiejscowionych przeważnie ponad pępkiem. Bóle te nieraz silniej występują po przyjęciu posiłku, lub podczas ruchu. Podczas kiedy wrzód zwolna drąży ścianę żołądka, dokoła rozwija się zlepane zapalenie otrzewnej, tworząc rodzaj przegrody dla mogącej się wylać treści żołądkowej. W chwili przedziurawienia wrzodu jama otrzewnej jest już odgraniczona od miejsca, do którego wylała się treść żołądkowa, i w podobnym przypadku mamy do czynienia z cierpieniem miejscowym.

Inaczej ma się rzecz w ostrych przypadkach. Tutaj choroba przychodzi zazwyczaj niespodziewanie i nagle, często bez wszelkich wstępnych objawów, tak iż można powiedzieć, że w chorego uderza piorun z jasnego nieba. Najczęściej wkrótce,

lub w kilka godzin po przyjęciu posiłku, po jakimkolwiek ruchu, czasami podczas kaszlu lub wypróżniania się, chorzy doznają nagle gwałtownego, ostrego, przeszywającego bólu w brzuchu, bólu tak silnego, że kobiety nieraz wpadają w omdlenie.

Umieszczenie bólów nie zawsze jest jednakowe, najczęściej zjawiają się one w nadbrzuszu, lecz bywają i w prawym dole biodrowym, lub w okolicy lędźwiowej; jeśli przedziurawienie nastąpiło na tylnej ścianie żołądka, mogą też promieniować między łopatki.

Jednocześnie z pojawieniem się bólów występuje szybko wstrząs (shok), lub zapaść (collapsus). Twarz blednie, rysy zaostwiają się, ciało pokryte lepkiem potem, tętno staje się częste, małe i nitkowane, kończyny ziębne, oddech przyspieszony i powierzchowny, i chorzy wpadają w okres silnego ogólnego wyczerpania sił. Okres ten trwa kilka godzin, i zazwyczaj później następuje mniej lub więcej znaczna poprawa.

Niekiedy chorzy wyraźnie wskazują, że czują, iż „coś w brzuchu pękło“.

Jest rzeczą zrozumiałą, iż powyższe objawy w znacznym stopniu zależą od wielkości otworu i ilości treści, która z żołądka przedostaje się do jamy otrzewnej. Dlatego też angielscy autorowie, ze względów praktycznych, przyjmują jeszcze trzeci rodzaj przedziurawienia żołądka, t. zw. postać podostrą, która zaczyna się tak samo, jak i ostra — nagle, lecz dzięki temu, że otwór jest mały, lub też przedziurawienie nastąpiło wobec pustego żołądka, naczno, albo też otwór zaraz został zalepiony przez przylegającą sieć, to treści żołądkowej dostaje się zazwyczaj do otrzewnej bardzo niewiele.

Znaczenie praktyczne tego podziału dla leczenia chirurgicznego polega na tem, że w tym trzecim rodzaju przedziurawienia toaleta otrzewnej jest łatwiejsza, i można ranę powłok całkowicie zaszyć.

We wszystkich tych trzech rodzajach przedziurawienia objawem stałym, zjawiającym się bardzo wczesnie, jest napięcie mięśni powłok brzusznych—*défense musculaire*, które to napięcie początkowo może być na dość ograniczonej przestrzeni, w blizkiem tylko sąsiedztwie przedziurawienia. Objaw ten, jak wiadomo, występuje we wszystkich sprawach zapalnych, w których wciągnięta jest otrzewna, sam więc przez się nie jest

swoisty dla przedziurawienia, lecz w połączeniu z innymi objawami, a zwłaszcza w połączeniu z początkowym umiejscowieniem tego napięcia, może dać nam wartościowe wskazówki rozpoznawcze.

Rzadszym za to objawem są wymioty. Według większości autorów, zdarzają się one tylko u $\frac{1}{3}$ omawianych chorych. Być może, że wobec przedziurawienia żołądka, o ile otwór jest dość duży, cała treść żołądka wylewa się do otrzewnej i żołądek w tych razach jest zupełnie pusty. Wogóle na obecności lub braku wymiotów rozpoznania przedziurawienia opierać bardzo nie można.

To samo można powiedzieć o zniknięciu stłumienia wątroby, który to objaw, aczkolwiek zwykle w przedziurawieniu żołądka opisywany, jednak nie może mieć znaczenia rozstrzygającego.

Pierwotny wstrząs zwykle po upływie pewnego czasu — 1—4 godzin — ustępuje, a natomiast występują cechy zapalenia otrzewnej. Dlatego też o ile w początkowych okresach rozpoznanie może opierać się bardziej na danych obiektywnych, o tyle po upływie kilku godzin opiera się ono już tylko na wywiadach. Wogóle swoiste objawy dla przedziurawienia są nagłe powstanie silnych bólów, wstrząs, duża wrażliwość i wzmożone napięcie powłok w górnej części brzucha, jeśli jednocześnie przy dokładnych wywiadach można będzie wykazać objawy istniejącego uprzednio okrągłego wrzodu żołądka. Wiadomo atoli, jak trudno jest nieraz zrobić rozpoznanie wrzodu okrągłego i bez przedziurawienia, gdyż objawów zaburzeń żołądkowych przy istniejącym wrzodzie może wcale nie być. Petren podaje, że w 10% jego przypadków wrzodu żołądka, stwierdzonych sekcyjnie, zgoła żadnych objawów za życia nie było.

Dlatego też nie twierdzę, że rozpoznanie jest tutaj łatwe; zawsze musimy pamiętać, że i inne, nagłe wewnątrztrzewnowe zachorzenia dawać będą obraz podobny. Trzeba się więc liczyć z pęknięciem ciąży zewnątrzmacicznej, przedziurawieniem wrzodu dwunastnicy, zakrzepem górnych żył krezkowych, krwotocznym zapaleniem trzustki, wreszcie — tak często zdarzającym się *appendicitis perforativa*. Szczególniej to ostatnie cierpienie jest trudno odróżnić, jeśli przedziurawienie się żołądka nastąpiło blisko odźwiernika, lub w samej dwunastnicy, i treść żołądka lub kiszki, spływając do prawego dołu biodrowego, daje głó-

wne siedlisko cierpienia w tem ostatniem miejscu, maskując zupełnie źródło początkowe. Tak było i w jednym naszym przypadku.

Mayo Robson i Moynihan podają wreszcie, że zaciemnić rozpoznanie mogą rozpoczynające się zapalenie płuc z silnymi bólami opłucnowymi, ostre otrucia (vide nasz przypadek), ostre zapalenie pęcherza żółciowego. U kobiet, wreszcie, zawsze należy mieć na uwadze i ostre sprawy zapalne w przydatkach macicy.

I tak Tuffier na 23 przypadki przedziurawienia wrzodu okrągłego w 15 rozpoznawał zapalenie wyrostka robaczkowego. Schoemaker na 13 przypadków w 4 rozpoznał appendicitis, w 1 – zgorzel trzustki, 8 razy zrobił dobre rozpoznanie.

Mühsam kładzie duży nacisk na wartość badania krwi w celach rozpoznawczych. Według niego, w przypadkach przedziurawienia żołądka lub dwunastnicy występuje bardzo wczesnie zwiększona leukocytoza, po 2-ch godzinach dochodząc do 30,000. Na 24 przypadki, przez niego badane, w 2-ch tylko nie było wybitnej leukocytozy. Mannheimer jednak na zasadzie wykonanych badań w 12 przypadkach z kliniki Sonnenburga odmawia badaniu krwi wartości rozpoznawczej, natomiast podziela zdanie Mühsama co do znaczenia tego badania w robieniu rokowania. Zmniejszanie się leukocytozy po operacji daje rokowanie dobre, również pomyślne rokowanie jest w przypadkach dużej liczby wielojądrowych leukocytów (polynucléose), niepomyślne zaś przy jednojądrowych (mononucléose).

Przechodzę obecnie do sprawy najważniejszej — leczenia przedziurawień żołądka, występujących pod postacią ostrą. Leczenie zaś przedziurawień przewlekłych, wywołujących zrosty z sąsiednimi narządami, lub takich, które wytworzyły ograniczone ropnie, sprowadza się właściwie do otwarcia tych ropni, lub do leczenia następczych zaburzeń w czynności tych narządów, z którymi zrosty nastąpiły.

W przebiegu ostrym mamy znów do rozpatrzenia dwie sprawy: sprawę leczenia samego przedziurawienia, i sprawę leczenia występującego następczo zapalenia otrzewnej.

Jakiego rodzaju ma być leczenie w ostrych przedziurawieniach żołądka, chirurgiczne czy też zachowawczo-terapeutyczne?

Mayo Robson pod tym względem jest zdania, że, biorąc

pod uwagę, iż, o ile nie wykonano zabiegu chirurgicznego, w 95% następuje zejście niepomysłne, w każdym przypadku przedziurawienia należy przystępować do zabiegu bez żadnej pod tym względem wątpliwości, czy operacja jest wskazana, czy też nie.

Operacja winna być wykonana możliwie wcześniej, gdyż zwlekanie z każdą godziną pogarsza rokowanie.

Mayo Robson i Moynihan podają następującą tablicę śmiertelności, opierając się na 133 przypadkach.

O p e r a c y a	Liczba przypadków	Wyzdrowiało	Zmarło	% śmiertelności
przed upływem 12 godz.	49	35	14	28.5
między 12—24 godz. . .	33	12	21	63.6
„ 24—36 „ . .	16	2	14	87.5
„ 36—48 „ . .	2	—	2	100.0
poza 48 godz.	33	16	17	51.5

Zmniejszenie się śmiertelności poza 48 godz. należy objaśnić tem, że były to przypadki podostre, gdzie albo otwór był bardzo niewielki, albo też zdążyły wytworzyć się zrosty. Rozlane zapalenie otrzewnej zwykle kończy się śmiercią przed upływem 48 godzin.

Petren na zasadzie 100 przypadków przedziurawienia żołądka i dwunastnicy określa śmiertelność pooperacyjną na 69%, jeśli zaś brać pod uwagę operacje, wykonane w ciągu pierwszych 12 godzin, to wyzdrowienie bywa w 66%.

Dahlgren na 28 przypadków rozlanego zapalenia otrzewnej, wywołanego przedziurawieniem żołądka lub dwunastnicy, w 10 otrzymał wyzdrowienie, t. j. w 35,7%. Wszystkie te przypadki były operowane w pierwszych 11-tu godzinach.

Finsterer na 6 przypadków, operowanych przed upływem 12-tu godzin, miał 5 wyzdrowień i 1 śmierć, na 12, operowanych po 12-tu godzinach, stosunek odwrotny, bo 2 wyzdrowienia i 10 śmierci.

Steinthal na 12 przypadków przedziurawienia do wolnej jamy otrzewnej operował 10 przypadków przed upływem 12-tu godzin, i miał 6 wyzdrowień (60%), i 4 śmierci (40%), dwa zaś, operowane po 12 godzinach, dały po 1 śmierci i 1 wyzdrowieniu.

Ze jednocześnie z ulepszeniem techniki operacyjnej i ściślejszym rozpoznaniem rokowanie będzie polepszać się stale, za dowód może służyć statystyka Sinclair-Kirka, który w 1905 r. podaje już, że na 11 przypadków, operowanych w kilka godzin po wybuchu, nie miał ani jednego zejścia śmiertelnego. Słusznie też powiada Finsterer, że rokowanie tutaj zależy nie od chorego i chirurga, lecz od internisty, który pierwszy widzi chorego i powinien umieć zrobić właściwe rozpoznanie.

Wogóle w wypadkach wątpliwych mniejszą szkodę przyniesie choremu zrobione w znieczuleniu miejscowem małe cięcie brzucha, przez które możemy wprowadzić palec, obmacać trzewa i zrobić dokładniejsze rozpoznanie, niż pozostawienie rzeczywistego przedziurawienia swemu losowi. W razie ujemnym wstrząs tego zabiegu jest tak niewielki, że choremu żadna krzywda nie stanie się, w razie zaś dodatnim możemy zawsze powiększyć cięcie i zrobić to, co w danym przypadku będzie potrzebne.

Pierwsza operacja w przedziurawieniu żołądka wykonana była przez Mikulicza jeszcze w r. 1880, pierwsza zaś pomyslna w r. 1892 przez Kriegoego.

Technika operacyjna jest tutaj dość prosta. Cięcie zazwyczaj prowadzimy w smudze ponad pępkiem, jakkolwiek wielu autorów radzi, aby cięcie prowadzić w miejscu najbardziej bolesnem, a we wczesnych przypadkach tam, gdzie najsilniej jest wyrażone napięcie mięśni.

Po otwarciu otrzewnej w przypadkach, gdzie mamy podejrzenie na przedziurawienie żołądka, pierwszym zadaniem jest obejrzenie tego ostatniego. Najlepiej rozpocząć badanie od wpustu. W tym celu po podniesieniu w górę lewego łuku żebrowego za pomocą haków, ostrożnie przesuwamy cały żołądek i oglądamy przednią powierzchnię i małą krzywiznę — najczęstsze umiejscowienia przedziurawienia. Skrzepy włóknikowe i wypocina są najlepszą wskazówką, gdzie kryje się przedziurawienie. Chcąc obejrzyć tylną powierzchnię, mamy dwie drogi:

albo przebijamy palcem dużą sieć tuż pod wielką krzywizną żołądka i wprowadzonym palcem obchodzimy całą tylną powierzchnię, albo też unosimy sieć ku górze, przebijamy palcem kreskę okrężnicy poprzecznej, otwieramy w ten sposób torbę sieciową mniejszą; przez ten otwór kolejno oglądamy całą tylną powierzchnię. Pamiętać jednak należy, że wrzody okrągłe są często wielorakie, i że w 20% przedziurawienie miało miejsce w dwóch, lub więcej miejscach. Dlatego też nie należy poprzestawać na pierwszym rzucającem się odrazu w oczy przedziurawieniu, lecz w każdym przypadku obejrzeć należy cały żołądek.

Po odnalezieniu otworu należy go zaszyć. Tutaj zachodzi pytanie, czy najprzód wrzód wycinać, czy też poprzestać na zaszyciu istniejącego przedziurawienia. Większość chirurgów, jak M. Robson, Moynihan, Finsterer, Mühsam, Morton są zdania, że wycinanie owrzodzenia jest zbyt ciężkie, przeciwnie, z czasem nawet po dużem wycięciu blizny mogą później dawać zniekształcenie żołądka w rodzaju np. klepsydrowego żołądka. Gdy otwór jest niewielki, wystarcza zwyczajny szew kapciuchowy, w większych — należy dać najmniej dwa piętra szwów, niektórzy zaś pokrywają jeszcze taki szew siecią. Zdarza się czasami, że ściany żołądka są tak kruche i łatwo rwą się przy szyciu, że szew jest zupełnie niewykonalny. W tych przypadkach otwór należy załatać albo siecią, albo najbliższą pętlą кишки, obszytą wokoło otworu. Doświadczenia Enderlena i Sundholma wskazują, że sieć doskonale nadaje się i przystosowuje do tej nowej roli. Jeśli zaś ani jedno, ani drugie nie udaje się wykonać, wtenczas nie pozostaje nic innego, jak jamę otrzewnej dokładnie wytamponować do samego otworu w żołądku. W ten sposób postąpił Schoemaker w jednym ze swoich przypadków, gdzie przedziurawienie było na tylnej powierzchni, i dostęp był niemożliwy.

Co do materiału, używanego na szew, to wielu autorów zwraca uwagę, żeby I piętro szwu, przechodzącego przez słuzówkę, dawać z materiału łatwo wsysającego się, mianowicie — ze struny.

Zauważono, że operowane przedziurawienia żołądka dawały nawroty.

Tak Maylard u chorej, operowanej z powodu przedziurawienia wrzodu żołądka, które to przedziurawienie zaszyto i wy-

konano przednie zespolenie żołądka z jelitem, w 9 miesięcy potem spostrzegł przedziurawienie jejuni efferentis w odległości 4 cm. od przyszyca jelita do żołądka. Po zaszyciu otworu tego w 2 lata nastąpiło znowu przedziurawienie tej samej pętlicy o 5 cm. niżej. Przypadek ten skończył się wyzdrowieniem.

Aitken w ciągu 5 miesięcy u jednej i tej samej chorej operował dwukrotnie z dobrym wynikiem przedziurawienie żołądka. Otóż zwolennicy struny dowodzą, że nitki z materiału, nie podlegającego wessaniu, po nałożeniu szwu na śluzówkę utrudniają gojenie, i przez ciągłe drażnienie usposabiają do nawrotu owrzodzeń.

Drugie piętro ci sami autorowie radzą dawać z jedwabiu.

Czy po zaszyciu przedziurawienia należy dodatkowo wykonywać jeszcze zespolenie кишки cienkiej z żołądkiem?

Zważywszy, że owrzodzenia żołądka bywają wielorakie i zespolenie wywiera dodatni wpływ na gojenie się tych wrzodów, że zespolenie może zapobiedz przedziurawieniu tych wrzodów przez zmniejszenie napięcia i ciśnienia na ściany żołądka, że zespolenie wpływa dodatnio na szybsze zagojenie się zeszytego przedziurawienia, że zmniejsza możliwość wymiotów krwawych, że pozwala na wcześniejsze odżywianie zazwyczaj wycieńczonych chorych, większość autorów wypowiada się na korzyść wykonania tego zabiegu, jednak z tem ważnem zastrzeżeniem, że tylko tam, gdzie siły chorego pozwalają na to bądź co bądź dość znaczne przedłużenie operacji. W przeciwnym razie lepiej to uskutecznić w jakiś czas po pierwszej operacji, kiedy chory jest już poza bezpośredniem niebezpieczeństwem. Dalsza obserwacja chorych, u których tylko zeszyte przedziurawienie wykonano, pokazała, że prawie u $\frac{1}{3}$ chorych zaszła potrzeba wykonać wtórne zespolenie, bądź to z powodu objawów wrzodu żołądka, bądź to z powodu objawów, wywołanych przez bliznowate przewężenia.

Pozostaje teraz do rozpatrzenia sprawa leczenia istniejącego, lub rozpoczynającego się zapalenia otrzewnej.

Pierwszem nasuwającym się pytaniem jest — jak usunąć z jamy otrzewnej treść żołądka, która przedostała się bezpośrednio podczas przedziurawienia, lub później została podczas wymiotów wypchniętą przez skurcze żołądka.

Tutaj w postępowaniu dają się zauważyć dwa kierunki,

reprezentowane przez dwie szkoły. Szkoła niemiecka, np. Mühsam, Heinemann, Finsterer, Schoemaker, przeważnie opowiada się na korzyść przemywania otrzewnej, szkoła francuska jest temu przeciwna, treść zaś usuwa tylko przez wybieranie tamponami z gazy. Anglicy zajmują miejsce pośrednie, gdyż, nie hołdując specjalnie żadnemu kierunkowi, postępowanie swoje warunkują poszczególnym stanem chorego w każdym przypadku. Jeśli przedziurawienie jest niewielkie, nastąpiło naczecz, nie było wymiotów, które wtłoczyłyby zawartość żołądka dalej między kiszki, i nema jeszcze ogólnego rozlanego zapalenia otrzewnej, to radzą oni ograniczyć się na lekkim wybraniu treści i skrzepów włóknikowych za pomocą gazy; w przeciwnym zaś razie, gdy między pętlami trzew znajduje się treść żołądka, lub zapalenie jest już rozlane, natenczas radzą przemywać jamę otrzewnej dużemi ilościami ciepłego fizyologicznego roztworu soli kuchennej. Finney radzi w tym celu robić kilka małych cięć, wyciągać przez nie pętlice kiszki i oglądać, w jakim są stanie, i w przypadku istniejącego zapalenia otrzewnej — usuwać wysięki, oczyszczać pętle kiszki i wszystkie uchyłki za pomocą gazy, zmoczanej w ciepłej soli, następnie starannie sączkować. Wszystkie te rękoczynny winny być wykonywane możliwie z najmniejszym urazem dla trzew.

O ile w zapatrywaniach na sprawę przemywania otrzewnej są różnice zdań, to prawie wszyscy zgadzają się na konieczność sączkowania jamy otrzewnej, zwłaszcza małej miednicy, mianowicie sposobem Rehna. Większość nawet autorów przemawia na korzyść dużej liczby sączków: miejsce przedziurawienia, Douglas, oba doły biodrowe, okolice lędźwiowe, ostrzegając tylko przed dużemi cięciami, gdyż te ostatnie znoszą tłocznię brzuszna, potrzebną dla opróżnienia kiszki.

Wogóle warunkiem powodzenia zabiegu chirurgicznego w ostrych przypadkach jest wczesne operowanie, szybka delikatna technika, dokładne sączkowanie.

Pozatem pozostaje tylko sprawa ogólnego leczenia operowanych, co, samo przez się rozumie się, zależeć będzie od każdego poszczególnego przypadku i nie będzie różniło się od leczenia innych wewnątrzotrzewnowych spraw zapalnych. Z główniejszych momentów wspomnę: pozycja Fowlera, hypodermoclysm, proctoclysm, dla zwalczenia wywołanego przez toksy-

ny otrzewnowe porażenia naczyń wlewania do żył rozczyynu soli z adrenaliną, wszelkiego rodzaju leki pobudzające i t. p.

Co się tyczy leczenia przedziurawień o charakterze przewlekłym, to zabiegi chirurgiczne nie dadzą się tutaj ująć w jakikolwiek szemat. Będziemy mieli tutaj do czynienia albo z ropniami, które wytworzyły się w różnych miejscach jamy otrzewnej, np. pod przeponą, w okolicach lędźwiowych, lub nawet w dole biodrowym, albo też będziemy mieli do leczenia powikłanie ze strony tych narządów, które zostały wciągnięte w sprawę zapalną, lub też których czynność przez następcze zrosty została upośledzona.

Wymienię tutaj tylko—jakie powikłania po przedziurawieniu żołądka były dotąd spostrzegane. Opisano więc zrosty żołądka z boczną ścianą brzuszną, przeponą, wątrobą, śledzioną, trzustką, gruczołami chłonnymi.

Przedziurawienie może wytworzyć około żołądka ropień (perigastritis abscedens), który znów opróżnić się może do opłucnej, osierdza, serca (przypadek Thuego u M. Robsona i Moynihana), oskrzeli lub śródpiersia, albo też otworzyć się do trzew i dać t. zw. przetoki wewnętrzne z różnymi odcinkami jelit, żołądka (wtornie), pęcherza żółciowego, przewodu wspólnego i przewodu trzustkowego.

Przytoczę obecnie historię chorób sześciu spostrzeganych przezemnie przypadków, i postaram się wyprowadzić stąd pewne wnioski.

Dziwnym trafem pierwsze trzy przypadki zdarzyły się w jednym roku w okresie pięciomiesięcznym, drugie trzy dopiero w cztery lata później, również w okresie względnie krótkim, bo w przeciągu niecałego roku.

Przypadek I (wspólnie z kol. I. Czarkowskim).

F. P., m., lat 46, przyjęty do kliniki chirurgicznej d. 10 kwietnia 1906. Chory opowiada, że od dłuższego czasu cierpiał na zaburzenia kiszkiowe. Mianowicie w nieregularnych odstępach czasu, co 2—3—4 tygodnie, miewał napady bólów w brzuchu, bez określonego umiejscowienia, w połączeniu z zaparciem stolca. Dolegliwości te, według słów chorego, po zażyciu środków przeczyszczających ustępowały. Obecny napad zaczął się 3 dni temu początkowo niewielkimi bólami koło pępka; bóle przychodziły okresami. Chory zażył oleju, co wywołało tylko wymioty. Wczoraj w nocy bóle raptownie powiększyły się, nastąpiło wzdęcie brzucha, zatrzymanie wiatrów. Ostatnie wypróżnienie 3 dni temu.

Stan bezgorączkowy. Tętno nitkowate. Sinica twarzy i kończyn. Oczy wpadnięte, silnie podkrążone. Kończyny zimne. Skóra pokryta lepkim potem. Język suchy. Brzuch wzdęty, twardy, bolesny na ucisk. Odporność mięśniowa nieco większa na stronie prawej brzucha. Od czasu do czasu wymioty. Bezmoecz.

Operował chorego kol. Czarkowski.

W miejscowym znieczuleniu sposobem Schleicha cięcie w smudze białej poniżej pępka. W jamie brzusznej duża ilość surowiczoropiastego płynu. Trzewa silnie przekrwione, pokryte włóknikiem, wzdęte wszędzie jednakowo, w prawym dole biodrowym płynu nieco więcej, to samo w małej miednicy. Wyrostek bez zmian szczególnych. Przesączkowano jamę otrzewnej za pomocą pasków gazy. Excitantia, hypodermoclysm. Śmierć po kilku godzinach.

Badanie pośmiertne: *ulcus ventriculi rotundum*, *perforatio ventriculi sub hepate*. *Peritonitis ichorosa*. W okolicy odźwiernika stare przewężające blizny.

Przypadek II.

A. Z., m., lat 46, przyjęty do kliniki chirurgicznej d. 18 sierpnia 1906. Chory opowiada, że blisko od roku cierpi na zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego: bóle brzucha, nieregularne stolce, brak łaknienia, wrażliwość szczególna do pewnych pokarmów. Cztery dni temu raptowne pogorszenie. Zjawily się silne bóle początkowo w dołku, później w całym brzuchu, zatrzymanie stolca, wiatry jednak odchodziły.

Budowa dobra, odżywianie niezłe. Ciepłota nie zwiększona. Kończyny zimne. Tętno przyśpieszone, b. słabe. Brzuch lekko wzdęty. Poniżej pępka w środkowej linii lekkie przytłumienie, w innych miejscach brzucha wyraźna bębnicza. Bolesność wszędzie dość duża, odporność mięśniowa jednakowa wszędzie. Wobec zrobionego przypuszczenia, że mamy do czynienia z *occlusio subacuta* i następczem *peritonitis diffusa*, choremu zaproponowano operację, na co wszakże chory nie zgodził się. Na drugi dzień stan był jeszcze gorszy: czkawka, t. 120 słabe, *facies hypocratica*, język suchy, wzdęcie brzucha większe i dość częste wymioty kałowe. Bóle były tak silne, że sam chory żądał operacji.

W lekkim odurzeniu chloroformowem cięcie w smudze poniżej pępka. Znalaziono: włóknikowosurowicze rozlane zapalenie otrzewnej. Kiszki cienkie poskręcane i posklejane przez zrosty, okrężnica przy *flexura lienalis* zupełnie przewężona przez świeży zrost. W małej miednicy dość dużo ropiastego płynu. Do źródła zapalenia otrzewnej nie doszedłem. Włożono gazę do małej miednicy. Wkrótce po operacji obfite wypróżnienie. Chory zmarł w 12 godzin później.

Badanie pośmiertne wykazało: na ścianie przedniej żołądka w pobliżu odźwiernika na małej krzywiznie duży wrzód okrągły z przedziurawieniem wielkości miedzianej kopiejki. W otrzewnej około litra surowiczomętnego płynu z licznymi skrzepami włóknikowymi. W obydwóch płucach *pneumonia hypostatica*.

Przypadek III.

D. J., m., lat 64, wstąpił do kliniki chirurgicznej d. 12 kwietnia 1906. Chory uskarża się na niewielkie bóle w brzuchu ponad pępkiem, duszność i osłabienie. Bóle zjawily się nagle wczoraj wieczorem po wypiciu 2 szklanek zimnego piwa. Do tego czasu cieszył się dobrem zdrowiem.

Średniej budowy, niezłego odżywiania, chory prawie bez tętna. Wybitna sinica twarzy i kończyn. Bardzo znaczne zwięźenie źrenic (myosis). Silna duszność. Brzuch umiarkowanie wzdęty, mało wrażliwy na badanie. Wątroba wyczuwa się pod łukiem żebrowym. W nadbrzuszu z lewej strony nieznaczne stłumienie i wzmożona odporność mięśni. W odbytnicy dość dużo kału.

Podejrzowano otrucie, chociaż rozpoznanie zrobione nie było. Zastosowano excitantia, lecz w 25 godzin od zachorowania chory zmarł.

Badanie pośmiertne, wobec tego, że chory nie przebył w szpitalu 24 godzin, robione było przez władze sądowe. Udało mi się tylko dowiedzieć, że znaleziono przedziurawienie żołądka na przedniej powierzchni wielkości 5 kop. srebrnych. Brzegi owrzodzenia były twarde. Za przyczynę śmierci uznano peritonitis generalis.

W tych 3 przypadkach rozpoznanie prawidłowe ani razu zrobione nie zostało. W przypadkach I i II, które dostały się pod naszą obserwację już po upływie 36 i 72 godzin, na pierwszy plan wystąpiły objawy rozlanego zapalenia otrzewnej, maskując inne dane. Nic też dziwnego, że w pierwszym przypadku sądziliśmy, że mamy do czynienia z appendicitis perforativa; w drugim przypadku wymioty kałowe na pierwszy plan wysuwały przypuszczenie niedrożności jelit. W obu tych przypadkach mała uwaga zwrócona była na dane, otrzymane z wywiadów. Dłaczego podczas operacji źródło zapalenia otrzewnej nie zostało odnalezione, wytłomaczyć można bardzo ciężkim stanem chorych, nie pozwalającym na żadne dłuższe manipulacje z trzewami. Zresztą, w obu tych przypadkach wątpliwe jest, czy zeszyte przedziurawienia uratowałyby chorych wobec tak ciężkiego ogólnego stanu, jaki był przed operacją.

W przypadku III błąd w rozpoznaniu był w skutkach donioślejszy. Chorego widzieliśmy w 12 godzin po pierwszych objawach, a więc dość wcześnie. Jednak objawy obiektywne tak mało wskazywały na rozpoczynające się zapalenie otrzewnej, a z drugiej strony nagle zachorowanie podczas pozornego zupełnie zdrowia, w połączeniu z silnem dyspnoe i myosis, wszystkich nas, badających chorego, wprowadziły w błąd, wysuwając podejrzenie jakiegoś zatrucia. Szczęśliwie, że w tem podejrze-

niu nie rozpoczęliśmy np. od płókania żołądka, ale 12 godzin od przypuszczalnego zatrucia powstrzymało nas od tego.

W pierwszej części niniejszej pracy zaznaczyłem, że podobne omyłki w rozpoznaniu przytrafiały się już i innym. Nagły początek zachorowania bez wszelkich danych ze strony wywiadów najmniej w tych razach nasuwa przypuszczenie, że mamy do czynienia z przedziurawieniem żołądka, a w danym przypadku silne septyczne zatrucie nawet zupełnie maskowało objawy zapalenia otrzewnej.

Te trzy przypadki błędnego rozpoznania dały mi dużo do myślenia nad możliwością uniknięcia tych błędów na przyszłość i jednocześnie nasuwały mi przypuszczenie, że przedziurawienia wrzodu żołądka nie są, prawdopodobnie, tak rzadkie, jak mi się dotąd zdawało. Baczniej zacząłem obserwować przypadki zapalenia otrzewnej, i doszukiwać się jego przyczyny, lecz trzy lata upłynęły, zanim zdarzył się podobny przypadek. Tym razem znów we względnie krótkich odstępach zdarzyła się serya z trzech przypadków: dwa razy stwierdzone przez operację i badanie pośmiertne, w jednym zaś na zasadzie objawów klinicznych mam niezbitę przekonanie, że było tam również przedziurawienie żołądka, lecz o przebiegu podoстрыm lub przewlekłym.

Przypadek IV (obserwowany z kol. Otto).

S. L., handlowiec, lat 30, od dłuższego czasu cierpiał na nieokreślone bliżej zaburzenia żołądkowokiszkowe i z tego powodu, na rok przed obecnem zachorowaniem, miał usunięty wyrostek robaczkowy. Wkrótce po operacji zjawily się znowu napady lekkich bólów w brzuchu i, jak chory powiada, z żołądkiem dobrze nie był. Parę dni temu nagle w nocy wystąpiły nadzwyczaj silne bóle w dołku, połączone z wymiotami i zaparciem stolca. Bóle chory porównywał do bólów, które miewał przed operacją. Chorego widziałem 11 kwietnia 1911 r., na trzeci dzień po napadzie bólów.

Miernej budowy i słabego odżywiania, facies hypocratica. Ciepłota dochodzi do 38°. Tętno około 120, drobne. Język obłożony, zapach z ust kwaśny. Brzuch umiarkowanie wzdęty. W nadbrzuszu wyczuwa się nacieczenie wielkości dłoni, dłuższe w poprzecznym wymiarze i nie dochodzące do pępka na 2—3 palce. Nacieczenie ograniczone, bolesne, odporność mięśniowa nad nacieczeniem silnie wyrażona. Brzuch poniżej pępka miękki, niebolesny. W prostnicy dość dużo kału.

Rozpoznaliśmy: peritonitis circumscripta e perforatione ventriculi. Wobec ograniczonej sprawy i łagodnego przebiegu wstrzymaliśmy się od interwencji. O ile wiem od kol. Otto, który miał chorego w dalszej opie-

ce, nacieczenie po kilku tygodniach zniknęło, chory przyszedł do zdrowia zupełnie, i w kilka miesięcy po pobycie na wsi przybrał na wadze 20 funtów.

Dokładne wywiady, jakie kol. Otto zebrał, dawały prawo przypuszczać, że chory ten od dłuższego czasu cierpiał na wrzód żołądka, co potwierdził dodatni wynik odpowiedniego leczenia, zastosowanego przez kol. Otto. Nie wiem, w jakim stanie znaleziono usunięty wyrostek robaczkowy, gdyż pacjent był operowany za granicą, lecz co do mnie, to mam pewne wątpliwości, czy operowane „gastritis appendicularis“ nie było czasem „gastritis ulcerosa“ t. j. *ulcus ventriculi*.

Przypadek V (sposzczenie wspólne z kol. J. Świętochowskim).

G. K., m., lat 53, wstąpił 19 kwietnia 1910 r. do kliniki terapeutycznej, skarżąc się na trwające od lat 3-ich bóle w dołku. Początkowo bóle zjawiały się rzadko, później częściej, obecnie zaś i po kilka razy dziennie, zwłaszcza w parę godzin po jedzeniu. Samoistnych wymiotów nie było, lecz chory doznawał ulgi, wywołując je sztucznie, przyczem czasami w wymiocinach była niewielka ilość krwi. Badanie żołądka naczczo wykazało zaległości w ilości 400 cm.³ treści, zawierającej resztki pokarmowe, mocno kwaśnej.

Zrobiono rozpoznanie zwężenia odźwiernika z powodu wrzodu żołądka (*stenosis pylori ex ulcere ventriculi*), i chorego przepisano do kliniki chirurgicznej dla wykonania zespolenia kiszki z żołądkiem.

Chory wycieńczony, budowy prawidłowej, miernej. Płuca, serce bez zmian widocznych. In epigastrio widać bardzo wyraźne ruchy robaczkowe żołądka.

Chorego przez kilka dni przygotowywano do operacji za pomocą podawania odpowiedniego pożywienia i ostrożnego przemywania żołądka. Przy tych ostatnich zawsze znajdowano duże zaleganie pokarmów.

Wieczorem w wilię operacji chory nagle dostał silnych bólów najprzód w dołku, później w brzuchu. Wkrótce zjawily się wymioty ciemnego koloru (z domieszką zmienionej krwi). Na drugi dzień rano znalazłem chorego w stanie silnej zapaści. *Facies hypocratica*. Oczy podkrążone. Sinica na twarzy. Tętno b. słabe, prawie nitkowane, przeszło 120. Wymioty krwawe. Język podsychający. Brzuch wzdęty, napięcie mięśni brzusznych, zwłaszcza ponad pępkiem, b. duże. Mocz b. mało.

Rozpoznanie: *perforatio ventriculi, peritonitis*.

Natychmiast przystąpiłem do operacji. W odurzeniu chloroformowem cięcie brzucha. Znaleziono już dość znacznie rozwinięte zapalenie otrzewnej. Przedziurawienie żołądka odnaleziono dość łatwo na małej krzywiznie, nieco bliżej odźwiernika. Żołądek dość duży, pusty. Otwór w żołądku wielkości 5 kopiejek srebrnych. Po wycięciu owrzodzenia, dwupiętrowy szew jedwabny. Zeszyte ze względu na umiejscowienie przebicia pod łukiem żebrowym było dość trudne. Kiszki przemyto roztworem soli. Po wybraniu płynu, powłoki zaszyto w zupełności. Wobec ciężkiego stanu chorego zespolenia żołądka z kiszką nie dokonałem.

Przebieg pooperacyjny był względnie łagodny, gdyż wymioty ustały zaraz, na drugi dzień uspokoiły się zupełnie bóle, wiatry zaczęły odchodzić,

lecz tętno wciąż było słabe, częste i szybkie. Pomimo stosowania różnego rodzaju wlewań, obfitego podawania środków pobudzających, podtrzymać chorego nie udało się, i 6-go dnia po operacji zmarł w objawach niedomogi.

Przy badaniu pośmiertnem znaleziono, że szew żołądka trzymał dobrze, zrostów między kiszkaami nie było, na otrzewnej znać jeszcze było przekrwienie, ale otrzewna miała połysk wszędzie i wogóle peritonitis było in stadio decrementi.

W przypadku tym mam sobie do wyrzucenia, że nie zażykowałem i pomimo ciężkiego stanu chorego nie dokonałem zespolenia żołądka z kiszka. Gdyby nawet znaczne przedłużenie operacji miało niepomyślnie wpłynąć na chorego, to wynik nie mógłby być gorszy, a zespolenie pozwoliłoby na wcześniejsze odżywianie chorego; tak zaś mam wrażenie, że chory ten zginął z wycieńczenia.

Drugie, co mi się teraz nasuwa, to pytanie, czy w danym przypadku było wskazanie do przemywania trzew? Otóż, obecnie, po rozważeniu wszystkiego, sędzę, że nie, gdyż chory od kilku dni był przygotowywany do operacji za pomocą przemywania żołądka i był trzymany tylko na płynach, przedziurawienie nastąpiło wieczorem w wilię operacji, kiedy chory był tylko na płynach, żołądek więc był, prawdopodobnie, pusty i wiele treści do otrzewnej nie mogło się dostać.

Trzecie pytanie: czy przemywania żołądka mogły wpłynąć na przedziurawienie? Tutaj również daję sobie odpowiedź, że nie. Przemywania dokonywałem ostrożnie, osobiście, z pełną świadomością, że mam do czynienia z wrzodem żołądka, następnie, ostatnie przemywanie było zrobione na 10 — 12 godzin przed przedziurawieniem, więc nie przypuszczam, żeby mogło to mieć wpływ szkodliwy. Zresztą, wielu autorów jest zdania, że ostrożne przemywania nie są przeciwwskazane we wrzodzie okrągłym.

Przypadek VI (obserwowany z kol. S. Kijewskim).

J. R., obywatel ziemski, lat 49. Od kilku lat miewał nieokreślone ściśle zaburzenia żołądkowe, z powodu których przeprowadzał nawet kurację karlsbadzką. Poza tem uważał się za zupełnie zdrowego, i pochodził z rodziny zdrowej. W marcu r. z. wieczorem po przyjeździe do domu (kilka mil kołmi) nagle dostał nadzwyczaj silnych bólów w dołku, połączonych z raptownym upadkiem sił, omdlewaniem, obfitem poceniem się. Pacjent opowiadał później, że otoczenie miało go za konającego. Po kilku godzi-

nach stan polepszył się, natomiast zjawiała się dość wysoka gorączka (do 40°); wkrótce zauważył w dołku dość twardy, bolesny na ucisk, guz. Chory przyjechał do Warszawy. Tutaj zauważono, że ciepłota powoli opadała, i guz, początkowo wielkości dwóch pięści, stopniowo zaczął zmniejszać się. Guz twardy o płaskiej, nieco nierównej powierzchni, leżał pomiędzy łukami żebrowymi, przy czym górna część zachodziła pod łuki, dolny brzeg poziomy nie dochodził do pępka na 2—3 poprzeczne palce.

Pierwszy raz widziałem chorego mniej więcej 10-go dnia choroby, na naradzie z kol. S. Kijewskim. Wówczas stan chorego był podgorączkowy. Na linii środkowej brzucha pośrodku między wyrostkiem mieczykowatym i pępkiem wyraźnie wyczuwał się guz ograniczony, dość twardy, nieruchomy, wielkości dłoni. Guz wydawał się nierównym, na ucisk był dość bolesny. Chory, będąc już wówczas w kuracji kol. Kijewskiego, był na ścisłej diecie. Odrazu wtenczas przypuszczaliśmy z kol. Kijewskim, że mamy do czynienia z perigastritis, wywołanem przez przedziurawienie żołądka. Co do przyczyny, to wypowiedaliśmy się za wrzodem okrągłym, lecz mieliśmy na uwadze możliwość istnienia nowotworu, albo przebicia przez ciało obce. Dokładne jednak badania żołądka, dokonane przez kol. K., utwierdziło nas w przekonaniu, że mamy do czynienia z *ulcus ventriculi*. Wobec stałego poprawiania się chorego radziliśmy pacjentowi, aby wyczekał kilka tygodni, dopóki nie ustaną objawy zapalne, później zaś aby poddał się operacji. Po upływie 5 — 6 tygodni, rzeczywiście, ciepłota zmniejszyła się zupełnie do normy, guz prawie się już nie wyczuwał, i tylko na jego dawnym miejscu powstało przy dotyku nieco większe napięcie mięśni.

Z różnych powodów chory nie poddał się operacji, i wyjechał na wieś. W kilka miesięcy później pacjent znów zjawił się w Warszawie, wskazując, że guz zjawił się nanowo. Wówczas kol. K. wykonał znowu szczegółowe badanie żołądka, które wykazało, że sprawność jego mechaniczna i chemiczna jest doskonała, natomiast istnieje przetoka wewnętrzna do wyczuwanego guza — na to wskazywała obecność resztek dawnych pokarmów, ciałka krwi czerwone, i stałe ropne. Guz wówczas przez powłoki brzuszne przedstawiał się wielkości dłoni.

Po wielu namysłaniach się i zwlekaniach chory wreszcie poddał się operacji, którą wykonał prof. Kader w d. 18 października 1911 r. Podczas operacji znaleziono: zrost z przednią ścianą brzucha, na przestrzeni 6 × 6 cm., poniżej wyrostka mieczykowatego. Po krwawem oddzieleniu tego zrostu, pokazało się, że okrężnica poprzeczna w środku podciągnięta jest ku górze i zrosnięta z jakimś guzem, leżącym na przedniej ścianie żołądka. Guz ten wielkości pięści, twardy, nierówny, był ściśle związany z żołądkiem, i przez zrosty z wątrobą i poprzeczną unieruchomił go prawie zupełnie. Gruczoły krezkowe powiększone, na kiszce cienkiej i otrzewnej ściennej znaleziono kilka drobnych guziczków; na przedniej powierzchni wątroby znaleziono białe pasmo, w rodzaju blizny starej lub organizującego się włókna.

Obraz makroskopowy bardzo przemawiał na korzyść złośliwego nowotworu, natomiast cała kliniczna obserwacja i badanie przedoperacyjne więcej na korzyść wrzodu. Wobec tego wycięte zostały z gruczoły z krezki

i guzik z otrzewnej ściennej dla zbadania drobnowidzowego, choremu zaś prof. K. wykonał przetokę jelitową, wychodząc z tej zasady, że jeśli badanie wykaże sprawę nowotworową, to łatwo będzie zagoić, po usunięciu sączka, przetokę kiszkową i chorego pozostawić wtenczas swemu losowi; w razie zaś sprawy zapalnej, wyłączenie pracy żołądka na czas dłuższy może tylko korzystać choremu przynieść. O wykonaniu połączenia kiszek z żołądkiem, lub też o jakiegokolwiek doszczętnej operacji, wobec zajęcia przedniej powierzchni żołądka i licznych zrostów, unieruchamiających ten narząd, mowy być nie mogło.

Przebieg pooperacyjny był dość ciężki ze względu na ostre rozszerzenie żołądka, które wystąpiło na drugi dzień po operacji i prawostronnej pleuropneumonii z wysiękiem w opłucnej na 4-ty dzień. Później jednak chory zaczął poprawiać się. Odżywianie przez sztuczną przetokę było zadawalające, bóle, które odczuwał pacjent przed operacją, zniknęły i zaczął przybierać na wadze.

Badanie drobnowidzowe wykazało tylko sprawę zapalną, bez śladu sprawy nowotworowej.

Mniej więcej w dwa miesiące po operacji, kiedy rana pooperacyjna była już zupełnie zagojona, nagle zaczęły występować objawy niedrożności kiszek. Mianowicie najczęściej w kilka godzin po jedzeniu chory zaczął doznawać bólów w brzuchu, następowało wzdęcie, zatrzymanie stolca i wiatrów. Po kilku godzinach, zazwyczaj po ławatywie, stan polepszał się o tyle, że wiatry zjawiały się, wzdęcie i bóle znikwały, chory znowu czuł się dobrze, chociaż wypróżnień samoistnych nie było. Stan taki trwał 5—6 dni. D. 2 grudnia 1911 r. o g. 4-ej p. p. chory znów dostał objawów niedrożności, w kilka godzin później nastąpiła zapaść. Chorego widziałem w 4 godzinie od rozpoczęcia się bólów.

Stan był bezgorączkowy, tętno 130—140 ledwie wyczuwalne. Twarz i kończyny pokryte potem, zimne. Odbijanie, czkawka. Brzuch silnie wzdęty, w prawym dole biodrowym śluzienie i dość duże, łatwo wyczuwalne, nacieczenie. Ruch robaczkowy kiszek nie wysłuchiwał się. Na radzie, odbytej w parę godzin później, rozpoznanie, wahające się między niedrożnością kiszek i zapaleniem otrzewnej, nie zostało ustanowione, ciężki zaś stan chorego powstrzymywał od wszelkiego zabiegu. W 24 godziny od rozpoczęcia się bólów chory zmarł.

Badanie pośmiertne, które dzięki wyrozumiałości rodziny dokonać mogłem, pokazało: na otrzewnej ślady dawniej przebytego zapalenia, kątnica i wstępująca okrężnica wraz z poprzeczną do środkowej linii niepomiernie, bo do objętości uda dorosłego człowieka, rozciągnięte i wypełnione olbrzymią ilością papkowatego kału (wyczuwane nacieczenie w dole biodrowym). Poza środkową linią, w lewo okrężnica zupełnie spadnięta. Cienkie jelita umiarkowanie napełnione. Żołądek mały, skurczony. Od skurczonego żołądka do środka poprzecznej okrężnicy szedł zrost, na którym okrężnica jakby zawisała, przewężając swoje światło, i w ten sposób wywołując zupełną niedrożność. Guz zaś żołądka, który podczas operacji był wielkości dużej pięści, obecnie zmniejszył się znacznie we wszystkich wymiarach i wielkością i formą zbliżał się do wielkości małej ostrygi. Umiejscowienie

guza było na przedniej dolnej powierzchni żołądka, nieco bliżej ku odźwiernikowi. Po oderwaniu guza od ściany żołądka ukazał się prawie zabliźniony wrzód okrągły.

Przypadek ten pod kilkoma względami jest bardzo pouczający. Sam rodzaj przedziurawienia należy zaliczyć do podostrych. Dokładne i ściśle badanie, wykonane przez kol. Kijewskiego, już w pierwszym okresie pozwoliły na ustalenie rozpoznania, że przedziurawienie nastąpiło wskutek wrzodu okrągłego, w następnym zaś, kiedy po pierwszym zniknięciu guza, w kilka miesięcy później guz zjawił się powtórnie, rozpoznaliśmy, że mamy do czynienia z przetoką żołądkową (fistula interna) do otorbionej jamy, pomieszczonej zzewnątrz żołądka w jamie otrzewnej. Na to wskazywała stała obecnośćropy i ciałek czerwonych krwi w wypłuczynach żołądkowych naczcho (1—2 cm.³ na szklanę wypłuczyn).

Zajmujący jest również mimikryzm, zaznaczony w danym przypadku, t. j. że makroskopowy wygląd guza miał wszelkie cechy sprawy nowotworowej, i tylko badanie drobnowidzowe mogło ustalić właściwy charakter jego.

Ważnym przyczynkiem do leczenia cierpień żołądka jest wykonana w danym przypadku jejunostomia.

Karmiony przez przetokę w ciągu dwóch miesięcy, pacjent przybierał na wadze, a jaki wpływ miał ten zabieg na sprawę zapalną, jest dowodem to, że po wyłączeniu żołądka z pracy chemicznej i mechanicznej guz zapalny, wielkości dużej pięści, zmniejszył się do wielkości rubla srebrnego w średnicy i do 0,7—1,0 cm. grubości. Można z tego wyciągnąć wniosek, że w przypadkach, gdzie sprawa zapalna umiejscowiona jest w żołądku, przez wyłączenie tego ostatniego z pracy osiągamy skuteczny wynik. Jest to tylko potwierdzeniem znanej maksymy, że dla wyleczenia jakiegokolwiek narządu ze sprawy zapalnej pierwszym zadaniem jest postawienie go w stan zupełnego spoczynku. W danym przypadku absolutny spokój dla żołądka dawała przetoka jelitowa.

Samo zejście fatalne wywołane zostało przez przyczynę względnie rzadką. Takie „powieszenie się“ jelita częściej zdarza się w kiszkaach cienkich, osobliwie przy wyrostku Meckela, dla okrężnicy zaś jest rzeczą niepowszednią. Czy taka nie-

drożność nie zdarzyłaby się, gdyby chory był operowany wcześniej, np. zaraz po uspokojeniu się pierwszych objawów zapalnych, wywołanych przez przedziurawienie wrzodu, jest rzeczą trudną do rozsądzenia obecnie. Należy jednak tutaj zwrócić uwagę, że mniej naraża się chorego przez poddanie go nawet tylko próbnemu cięciu brzucha, niż pozostawienie takiej sprawy, jak przedziurawienie żołądka, bez interwencji chirurgicznej.

Jeśli dzisiaj zawsze przystępujemy do chirurgicznego leczenia przedziurawienia wyrostka robaczkowego, pęknięcia ciąży zewnątrzmacicznej lub ropniaka jajowodów, to te same motywy powinny nami kierować w robieniu wskazań i do operowania każdego przypadku przedziurawienia żołądka.

* * *

Moja smutna statystyka zdaje się zupełnie nie zachęcać do operowania w przypadkach przedziurawienia żołądka. Cztery zejścia niepomyślne na cztery operowane przypadki, jedno zaś pomyślne na dwa nieoperowane zdawałyby się przemawiać przeciwko wszelkiej w podobnych przypadkach interwencji chirurgicznej.

Jeśli jednak wziąć pod uwagę, że w dwóch przypadkach dokonano zabiegu po upływie 36 i 72 godzin po zachorowaniu, na chorych prawie już in extremis będących, a w dwu drugich śmierć nastąpiła nie jako bezpośrednie następstwo przedziurawienia lub operacji, gdyż w jednym przypadku chory żył po operacji 2 miesiące, w drugim zaś 6 dni i śmierć w tym ostatnim przypadku, moim zdaniem, zależała od niewykonania zespolenia żołądka z kiszka, to niepomyślne te zejścia nie powinny być przeciwwskazaniem do czynnych w podobnych przypadkach zabiegów. Jeśli tylko rozpoznanie będzie prawidłowo zrobione zaraz po wybuchu cierpienia i tym sposobem umożliwione wczesne operowanie, to mam niezłomne przekonanie, że stosunek zejść pomyślnych do niepomyślnych poprawi się znakomicie. Wreszcie technika operacji brzusznych tak z roku na rok poprawia się, że to, co dawniej zdawało się niemożliwe do wykonania, dziś wydaje się zabiegiem łatwym, należy więc przypuszczać, że i tutaj osiągniemy wyniki znacznie lepsze, niż otrzymywane dotąd.

* * *

Streszczając teraz wszystko, wyżej powiedziane, wyprowadzić można następujące wnioski:

1) rozpoznanie przedziurawienia żołądka winno opierać się głównie na nagłym wybuchu, burzliwości objawów, przy jednoczesnym istnieniu zaburzeń żołądkowych;

2) operować należy możliwie wcześnie, szybko i z możliwie małym dla trzewi urazem; o ile możliwości jednak unikać należy operowania w pierwszym okresie — w zapaści;

3) ze względu na możliwe następce bliznowe zniekształcenia żołądka wrzodu nie wycinać;

4) o ile siły chorego pozwalają, wykonywać zespolenie żołądka z kiszka zaraz, w ciężkich zaś przypadkach — odkładać zabieg ten do poprawy chorego;

5) jamy otrzewnej nie przemywać, pozostawiając stosowanie tego w wyjątkowych tylko przypadkach;

6) dokładnie sączkować jamę otrzewnej;

7) wreszcie, jako środek zapobiegawczy tak ciężkich powikłań wrzodu okrągłego, jak krwotoki, przedziurawienia, możliwość rozwoju raka, wcześnie leczyć wrzody okrągłe żołądka na drodze operacyjnej.

* * *

Uwaga. Już w czasie drukowania niniejszej pracy, miałem możliwość przekonać się naocznie podczas operacji wykonanej w d. 3 czerwca r. b. przez kol. I. Czarkowskiego pacjentowi № IV, że podczas operacji pierwszej usunięto mu tylko odśrodkową część wyrostka robaczkowego, albowiem odcinek dośrodkowy długości $2\frac{1}{2}$ —3 cm. był w jamie otrzewnej obecny, wywołując nowe ropnie. Czy zatem sprawa, którą przed rokiem spostrzegalem z kol. Otto była dalszym ciągiem sprawy przywrostkowej, czy obok tego chory był jednocześnie dotknięty i sprawą wrzodziejącą żołądka, dziś trudno rozstrzygnąć.

PIŚMIENNICTWO.

R. Y. Aitken. Gastric ulcer, perforation twice in five months. Brit. Med. Journ. 1904, s. 665.

Dahlgren. Contribution à la chirurgie des ulcères de l'estomac et du duodenum. Journ. de Chir. 1909, T. III, s. 186.

Finsterer. Perforation des ulcères gastriques et duodénaux. Journ. de Chir. 1910, T. V, s. 186.

- Hustin. Sept cas de perforation de l'estomac et du duodenum. Journ. de Chir. 1911, T. VI, s. 565.
- Kryński. Gaz. Lek. 1908, № 36, s. 819.
- Keppie-Paterson. Perforated gastric ulcer. Brit. Med. Journ. 1906, s. 88.
- Mühsam. De l'intervention dans la perforation de l'ulcère de l'estomac. Journ. de Chir. 1910, T. V, s. 188.
- „ Diagnostic et traitement des perforations gastriques par ulcère. Journ. de Chir. 1911, T. VII, s. 313.
- Mannheim. L'ulcère gastrique perforé et la leukocytose neutrophile. Journ. de Chir. 1911, T. VII, s. 458.
- Maylard. Journ. de Chir. 1910, T. IV, s. 426 i The Lancet. 1910, 497.
- Morton. Journ. de Chir. 1910, T. IV, s. 313.
- Pétren. Perforations gastriques et duodénales. Journ. de Chir. 1911, T. VI, s. 564.
- Mayo Robson. Remarks on the operative treatment of ulcer of the stomach. Brit. Med. Journ. 1906, s. 1345.
- Mayo Robson et Moynihan. Diseases of the stomach. 1904.
- Moynihan. Abdominal operations. 1906.
- F. Riegel. Die Erkrankungen des Magens.
- Rütimayer. Ueber die geographische Verbreitung und die Diagnose des Ulcus ventriculi rotundum. Brit. Med. Journ. 1907, s. 504.
- Tuffier. Revue de Chirur. et de Chir. Abdom. Mai-Juin, 1905, s. 526.
- Schoemaker. Les perforations de l'estomac. Journ. de Chir. 1909, T. II, s. 543.
- Steinthal. Traitement opératoire de l'ulcère gastrique perforé. Journ. de Chir. 1910, T. IV, s. 176.
-

Dwa przypadki operowane przepukliny mózgu (Cephalocele).

Czcigodnemu Jubilatowi, zawsze tak chętnemu Przewodnikowi memu w pracy zawodowej i naukowej Doktorowi Władysławowi Stankiewiczowi rozprawę niniejszą poświęcam.

Emil Bursche.

Dwa przypadki operowane przepukliny mózgu (Cephalocele).

Przepukliny mózgu należą wogóle do rzadkości. Według statystyki Vinesa, na 5000 noworodków przypada jedna tego rodzaju przepuklina; Trelat na 12900 noworodków stwierdził 3 przypadki przepukliny mózgu. W ostatnich czasach miałem sposobność operowania dwóch przepuklin mózgu, których historię choroby tu przytaczam.

I. Dnia 15 marca 1910 r. przybył do oddziału D-ra W. Stankiewicza pensyonarz zakładu dla umysłowo upośledzonych W. M., lat 7. Miał on od urodzenia na czole u podstawy nosa z prawej strony guz, wielkości śliwki, który powiększał się stopniowo. Chłopczyk pod względem fizycznym był zawsze zdrow, lecz umysłowo nie rozwijał się wcale; chodzić mógł, tylko będąc prowadzony za rączki; na wszystko był obojętny; okrzyki wydawał nieuzasadnione, mocz i kał oddawał pod siebie. Badając pacyenta, znalazłem: dziecko przedstawiało typ małogłowy (microcephalus); fizycznie robiło wrażenie dziecięcia 4-letniego, umysłowo jest zupełnie nie rozwinięte, na nic nie reaguje; jedynie silne światło wywołuje krótkotrwałe, zaledwie dostrzegalne objawy świadomości. Nawet odczyn na ból bardzo słaby. Kręci się i wierci bezustannie, tak że badanie jest nadzwyczaj utrudnione. W narządach wewnętrznych zmian nie znalazłem. Na czole u podstawy nosa widzimy guz wielkości jaja kurzego, kształtu jajowatego, zakrywający wewnętrzne części oczodołów, i przygniatający powieki na dół do tego stopnia, że dziecko, chcąc patrzeć przed siebie, musi głowę zupełnie przechylić w tył. Guz pokryty ścięńczoną, nieco zaczerwienioną skórą, dość twardy. Dokładne badanie utrudnione wskutek szamotania się dziecka; udaje się wszelako wymacać węższą szypułę u podstawy guza i równe brzegi otworu w kości czołowej.

Rozpoznanie nasze brzmiało: Cephalocele sincipitis — mianowicie forma ejusdem nasofrontalis — przepuklina mózgu nosowczołowa. Operacja była dokonana nazajutrz. Owalnym cięciem utworzono z płaty skóry, które dokładnie odzielono aż do otworu w kości czołowej; na podstawę guza nałożono zaciskadło, i poniżej tegoż szypułę guza podwiązano; guz między zaciskadłem i podwiązką odcięto, kikutem wypełniono otwór w kości wielkości 1 kop.; nałożono 4 szwy na okostną, i zamknięto w ten sposób otwór, a następnie zszyto płaty skóry, wprowadzając niewielki sącdek gazy do miejsca szwów na okostnej, i nałożono opatrunek, zasłaniający także i oczy.

Przebieg pooperacyjny z początku zupełnie prawidłowy i bezgorączkowy; po upływie 3-ch dni sączek z gazy usunięto. Następnej nocy dziecku udało się uwolnić skrępowane do tego czasu rączki, zerwało ono opatrunek i palcem zaczęło dłużyć w ranie i prawem oku, wywołując zupełne zwichnięcie gałki oka. Odprowadzenie na miejsce gałki oka nastęrczało wielką trudność; następnie rogówka tego oka zupełnie zmętniała, i chory na to oko zaniewidział. Dłubanie wywołało w ranie obfite ropienie. Stan gorączkowy trwał przez 5 dni.

D. 29 marca chory został wypisany ze szpitala; gojenie się rany postępowało bardzo tępo, i dopiero po 6-ciu tygodniach nastąpiło zupełne załiżnienie.

Chłopca tego jeszcze niejednokrotnie widywałem i stwierdziłem, że zaczyna się on rozwijać: chłopczyk odróżniał, że do niego mówi się; widząc, że biorę ten lub ów instrument do ręki, krzyczał, na bóle reagował; światło szczególnie go pociągało; zwracał głowę w stronę mówiących, i nawet na wołanie go po imieniu reagował. Spostrzeżenia te stwierdziła w zupełności przełożona zakładu. Po upływie roku straciłem chłopca z oczu, ponieważ rodzice zabrali go z zakładu do siebie na wieś.

Guz badany był mikroskopowo przez kol. Paszkiewicza, który stwierdził glejak mózgu (Glioma cerebri).

II. Dnia 18 sierpnia 1910 r. została przyjęta do oddziału D-ra W. Stan-kiewicza Z. Z., lat 2. Od matki dowiaduję się: dziecko od urodzenia miało na tylnej części główki niewielki guz, który stopniowo rósł, przy kaszlu lub krzyku powiększał się, a zmniejszał się podczas snu. Dziecko rozwijało się prawidłowo, żadnych chorób nie przechodziło.

Za pomocą badania znalazłem: dziecko ruchliwe, dobrze rozwinięte i dobrze odżywiane; w narządach wewnętrznych zmian poważniejszych nie stwierdziłem. Na główce na kości potylicowej po środkowej linii, powyżej wygórowania potylicowego zewnętrznego (protuberantia occipitalis externa) znajduje się guz wielkości dużej pomarańczy, bruzdą poprzeczną podzielony na 2 części; skóra nie jest tu pokryta włosami, mocno ścięnczona i szczególnie na przedniej części guza przybrała charakter błony szklistej, przez którą prześwieca płyn; guz jest miękki, wyraźnie chelbocący. Uciskiem część zawartości udaje się wprowadzić do jamy czaszki, przyczem jednakże następują lekkie objawy ucisku mózgowego: dziecko sinieje, tętno zwalnia się, zaczynają się wymioty. Gdy dziecię krzyczy, guz wyraźnie powiększa się, gdy leży — zmniejsza się. Otworu w kości nie wyczułem.

Rozpoznanie: cephalocele occipitis superior — przepuklina mózgu potylicowa górna, a mianowicie podług zawartości hydrencephalocele — przepuklina mózgu z odcinkiem komory mózgowej.

D. 20 sierpnia przystąpiłem do operacji. Cięciem owalnym przeciąłem skórę; z płaty skórne oddzieliłem do samej podstawy guza, nałożyłem zaciskadło na wążką szypułę, poniżej podwiązałem; guz między zaciskadłem i podwiązką odciąłem. Wtedy dopiero można było stwierdzić niewielki otwór w kości, i dwoma szwami zaszyłem okostną nad otworem; następnie zaszyłem płaty skóry.

Przebieg pooperacyjny idealny. D. 27 sierpnia usunąłem szwy skórne, i dziecko zostało zabrane przez matkę ze szpitala. Kilkakrotnie jeszcze widziałem to dziecko; było ono zupełnie zdrowe i rozwijało się prawidłowo.

Guz, z którego po zdjęciu zaciskała wylała się przeszło łyżka płynu mózgowordzeniowego, był zbadany przez kol. Paszkiewicza, od którego otrzymałem następujący opis: idąc warstwami z zewnątrz — na preparacie widzimy kolejno: 1) skórę; 2) tkankę podskórną; 3) grubą warstwę dość zbitej tkanki łącznej, obfitującej w naczynia włoskowate i małego kalibru (*dura et pia*); 4) tkankę nerwową, wzgl. mózgową, w którą drażą smugi tkanki łącznej, dzieląc ją na zraziki. Zewnętrzny brzeg preparatu urywa się na tkance mózgowej. Obraz typowy dla encephalocеле.

*

*

*

Przepuklinami mózgowymi nazywamy wrodzone guzy czaszki, przez otwór wrodzony nieprawidłowy pozostające w łączności z zawartością czaszki. Jak przepuklina wogóle, tak i mózgową powinna posiadać nieodzowne cechy charakterystyczne przepuklin: wrota przepuklinowe, zawartość, worek przepuklinowy i powłoki przepuklinowe. Za takie wrota służą otwory nieprawidłowe wrodzone w kości czaszki. Zawartość stanowią: 1) opony mózgowe z płynem mózgowordzeniowym (meningocele — przepuklina oponowa); 2) substancja mózgowia (encephalocеле — rzeczywista przepuklina mózgu); 3) substancja mózgowia wraz ze sporą ilością płynu surowiczego (hydrocephalocеле — przepuklina mózgu z odcinkiem komory mózgowej). Worek przepuklinowy stanowią opony mózgowe. Powłoki przepuklinowe: okostna, czepiec ścięgnisty i skóra.

Z tego też powodu wszelkie inne, nabyte sprawy, w których zawartość czaszki występuje na zewnątrz pod skórę — bądź to wskutek urazu, bądź skutkiem stanów zapalnych (kiła, gruźlica) — nie należą do rzędu przepuklin mózgowych, ponieważ zawsze następuje uszkodzenie nie tylko kości, lecz i twardej opony mózgowej, i wskutek tego brak im jednej z najważniejszych charakterystycznych cech przepukliny — worka przepuklinowego. Z tego punktu widzenia wychodząc, nie należy także nazywać przepukliną mózgu tak zwane wypadnięcie mózgu (prolapsus cerebri), gdy mózg leży zewnątrz nie pokryty nawet skórą.

Dokładnem badaniem drobnowidzowem prawie zawsze stwierdzamy, że przepukliny mózgowie pozostają w łączności z jedną z komór mózgowych, i rzeczywiście — przepukliny mózgu

znajdujemy zawsze tylko w określonych miejscach czaszki, mianowicie odpowiednio do owych części układu komorowego, które w razie prawidłowego rozwoju przedstawiają przedłużenia komór: 1. W okolicy kości potylicowej — cephalocele occipitis, która może być superior i inferior, zależnie od tego, czy występuje powyżej, czy poniżej wygórowania potylicowego zewnętrznego — odpowiada czwartej komorze, leży zawsze w linii środkowej. 2. W okolicy gładyskiej i nasady nosa — cephalocele sincipitis — przepuklina mózgu czołowa — odpowiada rogom przednim obu komór bocznych. Przepuklina ta dzieli się na: A) Naso-frontalis — nosowoczółową, jeśli występuje w okolicy gładyskiej; leży ściśle w linii środkowej; B) Naso-orbitalis — nosowooczółową, jeśli występuje u wewnętrznego kąta oczodołu; C) Naso-ethmoidalis — nosowositową, jeśli występuje pod kością nosową. 3. Rzadko bardzo przepukliny, pozostające wtedy w łączności z komorą trzecią, występują przez otwór między kością klinową i sitową do jamy nosowogardzielowej — herniae sphenopharyngeae — przepukliny klinowogardzielowe. Zdarzało się, że takie przepukliny brano za polip nosowy — z wynikiem śmiertelnym po operacji.

Co do częstości przypadków każdego rodzaju przepuklin — najczęściej spotykamy potylicowe, rzadziej czołowe, a inne bardzo rzadko. Według Houela, na 93 przepukliny przypada: 68 potylicowych, 16 czołowych; statystyka zaś Malisa wykazuje odwrotny stosunek: na 142 — 107 czołowych. Lyssenkow i inni przytaczają przypadki spotykania u jednego dziecka po kilka przepuklin.

Przyczyny powstawania przepuklin mózgu należy objaśnić niedokładnem zamknięciem się kostnej cewy (rury) mózgowordzeniowej. Ponieważ zaś cewa ta zamyka się zupełnie już w 2-im tygodniu życia płodowego, przeto należy początek tworzenia się przepukliny mózgu odnieść do najpierwszego okresu życia płodowego. Lecz co jest powodem niedokładnego zamknięcia się cewy — to pytanie dotychczas niezbadane. W niektórych przypadkach (Geoffroy, St. Hilaire) znajdowano różne bliznowe zmiany — dowodem mogą być zrosty owodni. Recklinghausen twierdził, że powodem powstawania przepuklin jest przesunięcie się tkanek z błonki zarodkowej środkowej. Berger utrzymuje, że powodem są nietypowe guzy w bardzo wczes-

snych okresach, tak zwane encephalomata. Spring objaśnia powstanie przepuklin w inny sposób — mianowicie, za pierwotne uważa częściową puchlinę komór mózgowych, przez co oddzielne części mózgu tak rozszerzają się, że rozsadzają otaczającą ich czaszkę i występują na zewnątrz. Zdanie to zbija Ackerman, który, badając czaszki chorych na przepuklinę mózgu, odniósł wrażenie, że mózg raczej został wyciągnięty, niż wypchnięty.

Rozpoznanie przepukliny mózgu zwykle nie przedstawia wielkich trudności. Należy tylko mieć na uwadze, że są to guzy wrodzone, umiejscowione w typowych miejscach czaszki, jak już wyżej wspomniano. Guzy te są przeważnie sprężyste, miękkie, czasem — wyraźnie chlebocące, albo nawet tętniące; przy krzyku one powiększają się, podczas snu zmniejszają się; czasem dają się częściowo odprowadzić, lecz wywołuje to zwykle objawy ucisku mózgowego: zwolnienie tętna, sinicę, nieprzytomność, wymioty, drgawki i t. p. Otworu w kości często nie wyczuwa się. W przypadkach wątpliwych rentgenografia może dawać wyraźne wskazówki. Pod względem rozpoznania różniczkowego należy wziąć pod uwagę: skórzaki, kaszaki, naczylniki, miękkie mięsaki i tłuszczaki.

Rokowanie wogóle jest niepomysłne, gdyż dzieci, przychodzące na świat z przepukliną mózgu, przeważnie umierają w pierwszych miesiącach życia; rzadko notowane są przypadki dosięgania przez nie starszego wieku. Według statystyki Realliego, z 144 dzieci z przepukliną mózgu tylko 7 dosięgło starszego wieku. Podług Millera, z 39 dzieci domu podrzutków w Moskwie wszystkie umarły w 1-ym roku życia — przeważnie z powodu pęknięcia guza. Pomysłniejsze jest rokowanie w rzeczywistych przepuklinach mózgu. W tym przypadku, o ile nie zachodzą inne powikłania, dzieci mogą nawet i fizycznie, i umysłowo rozwijać się prawidłowo.

Leczenie. Długi czas przepukliny mózgu były uważane jako *noli me tangere* przez chirurgów. Ograniczano się aseptycznym przekłuwaniem, uciskiem długotrwałym, wstrzykiwaniem jodyny i wyskoku — lecz wszystko to bez wielkich wyników; czasem nawet zabiegi te kończyły się niepomysłnie i powodowały śmierć chorego. Dopiero pomysłne wyniki, osiągnięte przy pomocy operacji doszczętej przez Bergera, Pe-

riera, Bergmanna, Schmitza, Hildebrandta i innych zmieniły poglądy. Diakonow na 27-iu operowanych miał 17 wyzdowień, Lyssenkow na 62 — 33 i t. d.

Obecnie kliniczne rozpoznanie powinno zawyrokować, które z przepuklin nadają się do operacji doszczętnych, a w jakich przypadkach należy operacji zaniechać. Według Bergmanna, prócz przepuklin olbrzymich wymiarów, i wielkich otworów w kości wyłączone są: 1) przypadki przepuklin u dzieci z silnie rozwiniętym małogłowiem; 2) przypadki potylicowych dolnych przepuklin, występujących przez otwór, dosięgający dziury potylicowej wielkiej, często połączone także z rozszczepieniem górnych kręgów szyjowych; 3) przypadki, połączone z wodogłowiem, gdyż to ostatnie po operacji zwykle szybko powiększa się; 4) jeśli stwierdzone są inne powikłania i zбочzenia rozwojowe, które niezależnie od przepukliny mogą powodować śmierć dziecka.

Technika operacyjna polega na wytworzeniu dwóch płatów skórnych dostatecznej wielkości, ażeby przykryć dokładnie brak w kości, na wyosobieniu całego guza aż do otworu w kości, nałożeniu uciskadła i podwiązaniu szypuły, a następnie — odcięciu guza. Podwiązaną część szypuły wpychamy w otwór kości, a potem zaszywamy nad otworem okostną i płaty skórne. Często zdarza się, że pomimo dokładnych szwów i podwiązania sporo jeszcze płynu mózgowordzeniowego przesącza się. Za pomocą ucisku i częstego zmieniania opatrunku udaje się zwykle powstrzymać ten wpływ.

Niektórzy chirurdzy utrzymują, że należy postępować doszczętniej, i zamknąć zarazem i otwór w kości; tak Lyssenkow za pomocą plastyki kostnej zamykał otwór w kości czołowej; oddłutowując płat kostny wraz z okostną od kości czołowej przy brzegu nosowooczodołowym, odwracał ten płat i przyśzywał do okostnej brzegów otworu w kości. Postępowanie takie wszakże zbyt długo przedłuża operację, wykonywaną przeważnie u dzieci drobnych i delikatnych; z innej znów strony — płat ten kostny często wskutek złego odżywiania podlega martwicy. Często też zresztą otwór w kości w następstwie sam się zmniejsza.

Niebezpieczeństwa usunięcia części mózgu, stanowiącej zawartość przepukliny — nie należy się obawiać, jak to dawniej

miało miejsce; dowiódł tego Bergmann w przepuklinach czołowych, i Berger -- w potylicowych. Twierdzono także, że operacja doszczętna powoduje, lub przyspiesza rozwój wodogłowa. Lecz pogląd ten jest nieściśły — jak wskazują spostrzeżenia Bergmanna, Bayera i Bergera. Rozwój wodogłowa u dzieci operowanych spostrzegany jest w bardzo tylko nielicznych przypadkach (wykluczone tu są przypadki objawów wodogłowa przed operacją).

Co się tyczy przypadków, operowanych przezemnie, mogę orzec obecnie, po 2-letniem blisko spostrzeganiu ich, że dzieci operowane są zupełnie zdrowe i rozwijają się prawidłowo; a w pierwszym przypadku operacja przepukliny mózgu nawet miała bezpośrednio dodatni wpływ na rozwój umysłowy tego upośledzonego dziecka.

Z oddziału chirurgicznego D-ra Władysława Stankiewicza w szpitalu Ewangelickim
w Warszawie.

Sześć przypadków ropnia płuc.

Wielce Szanownemu Zwierzchnikowi i Kierownikowi memu, Doktorowi Władysławowi Stankiewiczowi w dniu Jubileuszu Jego pięćdziesięcioletniej pracy lekarskiej i społecznej w dowód głębokiego poważania i wdzięczności pracę niniejszą poświęcam.

Władysław Filipowicz.

Sześć przypadków ropnia płuc.

Przypadek № 1. Stanisław S., lat 43, przybył do szpitala w d. 23 października 1906 r. Chory wskazuje na bóle w lewej nodze, na gorączkę i dreszcze. Przed to dniami choremu spadła na lewą goleń deska, nie naruszywszy wszakże całości skóry. Z początku ból w nodze był nieznaczny; powoli utworzył się siniak, co było powodem, że choremu poradzono postawienie pijawek na miejscu stłuczenia. W trzy dni po postawieniu pijawek rozpoczęły się silne bóle w goleni, oraz gorączka i dreszcze.

Badając chorego, znaleziono co następuje. Chory średniego wzrostu, budowy prawidłowej, miernego odżywiania się. W narządach wewnętrznych zmian wybitnych żadnych nie wykryto. Ciepłota = 38.5. Tętno = 120. O. = 28.

Cała lewa goleń mocno zaczerwieniona, obrzmiąta, przy dotykaniu chory wskazuje na silną bolesność. Na przedniej powierzchni goleni pośrodku stwierdza się wyraźne chelbotanie. Wobec powyższych zmian rozpoznano ropówkę goleni (phlegmone cruris sin).

Dnia 24 października 1906 r. w uśpieniu chloroformowem otworzono ropówkę, wypuszczając z jamy tejże sporą ilość ropy. Trzy dni po operacji chory był bez gorączki i czuł się lepiej, lecz już czwartego dnia rozpoczęły się silne dreszcze i ciepłota wieczorem dosięgła 40°. Z małemi zmianami utrzymywała się na tym poziomie przez tydzień, stale spadając rano do 37° z kreskami. Pomimo najstaranniejszych oględzin, nie można było znaleźć przyczyny takiego zwiększenia się ciepłoty ciała. Po ośmiu dniach na zewnętrznej powierzchni prawego stawu ramiennego utworzył się spory ropień, który w d. 3 listopada 1906 r. w znieczuleniu miejscowem został otwarty.

Po opróżnieniu ropnia ciepłota przez dwa dni była poniżej 37°, następnie chory znów zaczął gorączkować. Po dziesięciu dniach utworzył się ropień na prawem udzie, po otwarciu którego chory nie przestał gorączkować, charakter gorączki ropny, wieczorami stale wstrząsające dreszcze.

Badając stale chorego w poszukiwaniu prawdopodobnego nowego ogniska ropnego, znaleziono pod lewą łopatką niewielkie stłumienie. Po dwóch dniach stłumienie wystąpiło znacznie wyraźniej, jednocześnie stwierdzono — osłabiony szmer oddechowy na miejscu stłumienia, na granicy zaś stłumienia — wilgotne rżenia. Chory nie kaszle i nie wykrztusza. Ogólny stan chorego przytem był coraz gorszy: chory prawie nieprzytomny, w moczu ślady białka, gorączka o charakterze ropnym.

Po dwóch dniach, kiedy stłumienie wystąpiło jeszcze wyraźniej, wykonalem próbnę nakłucie w ósmym międzyżebżu w linii łopatkowej. Wy-

dobyto żółtozieloną ropę mocno cuchnącą. Wobec szeregu ropni, które zjawiały się u chorego, zwiększenia się ciepłoty ciała, ograniczonego stłumienia i osłabienia szmeru oddechowego, a także wobec ropy, wydobytej za pomocą próbnego nakłucia, rozpoznaliśmy, że, najprawdopodobniej, mamy do czynienia z przerzutowym ropniem płuca, lub też otorbionym ropnym wysiękiem opłucnej.

W d. 25 listopada 1906 r. przystąpiłem do operacji w uśpieniu chloroformowem. Cięcie wzdłuż IX żebra długości około 12 cm. na lewej stronie w linii łopatkowej; po wycięciu 6 — 8 cm. IX żebra natrafiłem na opłucną mocno zgrubiałą i przekrwioną. Po nacięciu opłucnej przekonałem się o mocnym zroście płuca z klatką piersiową. Wykonawszy powtórne nakłucie tkanki płucnej i wydobywszy ropę, zrobiłem cięcie płuca, mając za drogowskaz pozostawioną igłę, i otworzyłem sporą jamę w tkance płucnej, wypełnioną ropą. Po opróżnieniu jamy z ropy zbadano całą jamę palcem, chcąc przekonać się, czy niema jeszcze jakiego uchylka, lub połączenia z inną jamą. Krwawienie było bardzo nieznaczne. Po wypełnieniu szczelnie jamy gazą, i nałożeniu dwóch szwów skórnych — operację zakończyłem.

Zaraz po zabiegu wystąpiło u chorego krwioplucie, które po pięciu dniach ustało. Z początku jama ropnia była wypełniana gazą, następnie po tygodniu, wobec zatrzymywania się wydzieliny z rany, wprowadzono sączek gumowy, który po sześciu dniach znów został zastąpiony przez gazę. Od tego czasu przebieg pooperacyjny bardzo pomyślny. Pacjent zaczął szybko poprawiać się, odzyskiwać przytomność i siły. Rana poczęła zablizniać się, wieczorami ciepłota nie była większa ponad $37,5^{\circ}$, a w d. 25 stycznia 1907 r. pacjent opuścił szpital z zupełnie zagojoną raną.

* * *

Przypadek № 2. Józef Ch., rolnik, lat 52, przybył do szpitala w d. 11 czerwca 1907 r., wskazując, że męczy go duszność, klucie w prawym boku, gorączka i kaszel. Według słów pacyenta, choroba rozpoczęła się nagle przed 8 tygodniami kluciem w boku, dreszczami i kaszlem. Przez dwa tygodnie chory czuł się bardzo niedobrze, potem zaczął trochę poprawiać się, już próbował nawet chodzić i nagle po kilku dniach przyszło znów pogorszenie: wystąpiła duszność, bóle w boku i kaszel, który już był ustał zupełnie, wystąpił z nową siłą. Oprócz obecnej choroby pacjent nasz nigdy żadnych chorób nie przechodził, pochodzi z rodziny zdrowej, mieszka stale na wsi. Na początku obecnego cierpienia przy kaszlu zjawiała się plwocina z domieszką krwi.

Chory wzrostu średniego, budowy prawidłowej, marnego odżywiania się. W narządach wewnętrznych jamy brzusznej żadnych zmian wybitnych nie znaleziono.

Badając narządy klatki piersiowej, wykryto — od prawej łopatki ku dołowi zupełnie stłumienie odgłosu opukowego, przechodzące ku dołowi, drżenie głosowe zniesione. Oddechu nie słychać zupełnie. C. 38,5, T. 110, O. 30.

Wobec wyżej przytoczonych objawów rozpoznano wysięk w opłucnej; dla bliższego wyjaśnienia charakteru jego zrobiono nakłucie wywiadowcze i wydobyto ropę.

W d. 14 czerwca 1907 r. w uspieniu chloroformowem Dr. Bursche zrobił wycięcie 8 cm. IX żebra na prawej stronie w linii pachowej tylnej. Po utworzeniu jamy opłucnej wylała się z otorbionej części jamy opłucnej spora ilość surowiczego płynu. Płuco cokolwiek uciśnięte i przekrwione. Wobec tego, że dnia poprzedniego wywiadowczem nakłuciem wydobyto ropę, zrobiono przypuszczenie, że ma się do czynienia z ropniem płuca, i dlatego wykonano nakłucie tkanki płucnej, i z łatwością znów wydostano ropę. Nie wyjmując igły i kierując się jej położeniem, nacięto płuco i wypuszczono sporą ilość ropy.

Po wejściu palcem do jamy w tkance płucnej, stwierdzono, że wielkość jej odpowiada wielkości kurzego jaja. Jama ropnia była otoczona gładkimi dość twardymi ścianami.

Wyłożywszy gazą wyjałowioną jamę ropnia, na tem operację zakończono.

Bezpośrednio po zabiegu wystąpiło krwioplucie, trwające cztery dni. Na razie po operacji stan chorego jakoby poprawił się: przestał on gorączkować, tętno, będące przedtem stale około 120, spadło na 90 — 96, lecz już czwartego dnia po zabiegu ciepłota wieczorem dosięgła 39^o, tętno około 130. Pomimo stałego podawania środków podniecających, tętno już nie poprawiało się. Dziesiątego dnia po operacji we wzrastającym upadku działalności serca chory zmarł.

Ogłędziny pośmiertne z powodów od nas niezależnych nie mogły być dokonane.

* * *

Przypadek № 3. Franciszek T., mularz, lat 19, przybył do wewnętrznego oddziału szpitala w d. 26 września 1909 r. z objawami lewostronnego krupowego zapalenia płuc. Po zniknięciu objawów zapalnych w płucu, ciepłota ciała zaczęła stopniowo zmniejszać się i chory powoli powracał do zdrowia. Po 10 dniach od dnia przybycia do szpitala chory czuł się zupełnie dobrze i myślał już o wypisaniu się.

Naraz u chorego wystąpiły silne dreszcze, i wieczorem ciepłota dosięgła 39^o. Drugiego dnia — rano ciepłota była 37,5, wieczorem zaś znowu dochodziła do 39,5^o. Przez kilka dni żadnych zmian obiektywnych wykryć nie zdołano, ciepłota zaś dosięgała stale wieczorami 39,5^o, zmniejszając się rano do 37^o z kilkoma kreskami. Dopiero piątego dnia, opukując klatkę piersiową, znaleziono stłumienie z tyłu pod łopatką na lewej stronie, osłabiony szmer oddechowy i rżenia naokoło miejsca stłumienia. Wobec ciepłoty o charakterze ropnym, gwałtownych dreszczów, zjawiających się stale wieczorami, stłumienia na ograniczonej przestrzeni i wobec poprzedzającego to wszystko zapalenia płuc zrodziło się pytanie, czy nie mamy do czynienia z ropniem płuca, lub też z otorbionym wysiękiem opłucnej. Wykonano nakłucie wywiadowcze w miejscu stłumienia i wydobyto ropę. Chory był wówczas przeniesiony do oddziału chirurgicznego. Tu znaleziono, co na-

stępuje. Chory wzrostu wysokiego, budowy prawidłowej, marnego odżywiania się, blady, wyniszczony. W moczu zmian chorobowych nie wykryto. W narządach jamy brzusznej zmian obiektywnych żadnych.

W płucach wyżej opisane zmiany. Chory prawie nie odpluwa.

W d. 18 października 1909 r. w uśpieniu chloroformowem dokonałem operacji: cięcia pod lewą łopatką wzdłuż VIII żebra. Wycięto 7 cm. VIII żebra. Opłucna mocno przekrwiona i zgrubiała, po przecięciu opłucnej widzimy, że płuco jest zupełnie zrosnięte z opłucną ścienną. Po nakłuciu samej tkanki płucnej cienką igiełką wydobyto ropę. Nie wyjmując igły, naciąłem płuco i po przecięciu 2 cm. tkanki płucnej wypuszczono około $\frac{1}{4}$ szklanki gęstej ropy. Po rozszerzeniu cięcia na tępo wchodzimy do jamy ropnia, wielkości jaja kurzego, z gładkimi ścianami. Krwawienie z przeciętej tkanki płucnej umiarkowane, po wypełnieniu jamy gazą ustaje zupełnie. Rany skórnej nie zaszyto.

Prawie bezpośrednio po zabiegu u chorego wystąpiło krwioplucie, które po trzech dniach znikło zupełnie.

Przebieg pooperacyjny z początku bardzo pomyślny: ciepłota wieczorami nie przewyższała 37,5. Odływ ropy dobry, stan ogólny chorego poprawiał się znakomicie. Dopiero 12 dnia po operacji nastąpiło zatrzymanie się wydzieliny z rany i ciepłota ciała zwiększyła się do 38,8, lecz po wprowadzeniu do jamy ropnia sączka wszystka ropa zaczęła wydzielać się i ciepłota zmniejszyła się do 37°. Od tego czasu dalszy przebieg był bardzo pomyślny. Sączek po pięciu dniach usunięto, jama w płucu szybko zaczęła zablizniać się i w 6 tygodni po operacji pacjent opuścił szpital z raną zagojoną zupełnie.

* * *

Przypadek № 4. Adolf K., lat 19, rolnik, przybył do szpitala w d. 17 września 1910 r., wskazując na ranę postrzałową klatki piersiowej, gorączkę, dreszcze i kaszel. Chory przed 3 tygodniami został postrzelony śrutem ze strzelby z odległości 10—15 kroków w lewy bok. Po strzale upadł na ziemię, tracąc przytomność. Prawie bezpośrednio po strzale nastąpił obfity krwotok ustami. Po zastosowaniu różnych środków przez lekarza miejscowego, krwotok zatrzymał się, pozostało tylko krwioplucie, które trwało blisko tydzień. Chory leczyl się do tego czasu na prowincyi, obecnie wobec tego, że rana na boku nie goi się, przybył do Warszawy. Przed opisywanym przypadkiem chory nigdy na nic nie chorował, pochodzi z rodziny zdrowej. Pacjent wzrostu średniego, budowy prawidłowej, miernego odżywiania się. W narządach jamy brzusznej zmian wybitnych żadnych nie znajdujemy.

Przy badaniu klatki piersiowej — na wysokości 5—6 żebra w linii pachowej średniej znajdujemy ranę, obficie ropiejącą, średnicy około 4 cm., z nierównymi brzegami, nieprawidłowej formy. Naokoło rany stłumienie odgłosu wypukowego, i cokolwiek wilgotnych rżżeń. Po za tem w płucach zmian żadnych nie znajdujemy. Zgłębnik, wprowadzony do rany, idzie wgłąb na 6—8 cm. Chory cokolwiek kaszle, płwocina żadnych zmian swoi-

stych nie przedstawia. C. 38.7⁰ T. 110, O. 26. Po silnem kaszłaniu z rany obficie wydziela się ropa.

Wobec zwiększenia się ciepłoty i zatrzymywania się części wydzieliny ropnej w ranie, postanowiono dokonać operacyi, mającej na celu rozszerzenie rany, dotarcie do ogniska ropnego, i zapewnienie ropnej wydzielinie swobodnego odpływu.

D. 19 września 1910 r. operacyi dokonał Dr. Stankiewicz w uspieniu chloroformowem. Po rozszerzeniu rany przekonano się o złamaniu i obnazieniu z okostnej V żebra. Po częściowem wycięciu i wygładzeniu ostrych brzegów żebra, znaleziono kanał, prowadzący wgląb tkanki płucnej, naokoło tkanki grube zrosty. Po rozszerzeniu kanału można było z łatwością wejść do względnie sporej jamy w tkance płucnej. W jamie znaleziono kilka drobnych kawałków kości, kilka śrucin, cząstki odzieży chorego, i resztki papieru od naboju. Po wydobyciu tej zawartości, ranę wyłożono gazą wyjałowioną, nakładając dwa szwy na skórę.

Po operacyi wystąpiło dość obfite krwiopłucie, które po upływie pięciu dni znikło zupełnie. Przebieg pooperacyjny bez żadnych powikłań, chory w 6 tygodni po operacyi wypisał się ze szpitala z raną na zagojeniu, a w 3 miesiące po operacyi miałem sposobność widzieć go zupełnie zagojonego.

* * *

Przypadek № 5. Leopold W., l. 59, przybył do szpitala Ewangelickiego w d. 17 października 1910 r., wskazując na klucie w prawym boku, duszność, gorączkę i kaszel, jako na dolegliwości, które sprowadziły go do szpitala. Choroba obecna, według słów pacyenta, rozpoczęła się przed 6 tygodniami kluciem w prawym boku, dreszczami i kaszlem, oraz wypluwaniem plwociny z domieszką krwi. Jednocześnie było znaczne zwiększenie się ciepłoty ciała. Chory dużo kaszłał i odpluwał plwocinę z krwią — ciepłota stale była podniesiona — stan taki trwał około dwóch tygodni. Po upływie tego czasu chory zaczął się cokolwiek poprawiać — mniej kaszłał, w plwocinie nie było już domieszki krwi, powracało łaknienie i siły, ciepłota była znacznie mniejsza. Tak trwało około tygodnia, potem chory zauważył, że ilość odpluwanej plwociny zwiększa się, ciepłota, zwłaszcza wieczorem, jest powiększona, zjawiają się dreszcze od czasu do czasu. Jednocześnie chory zaczął spostrzegać ogólne osłabienie i znaczną duszność, oraz klucie w prawym boku. Następnie uwagę chorego zwróciła okoliczność, że co jakiś czas odpluwa raptownie większe ilości plwociny, która stała się bardziej płynną. Po odplunięciu takiej większej ilości plwociny chory czuje dużą ulgę. Tak trwa już trzy tygodnie. Przedtem chory nigdy na płuca nie chorował, pochodzi z rodziny zdrowej.

Stan obecny. Chory wzrostu wysokiego, budowy prawidłowej, lichego odżywiania się. W narządach jamy brzusznej żadnych zmian wybitnych nie znaleziono. C. 38.6, T. 116, O. 30. Tętno serca czyste, lecz głucho. W moczu zmian chorobowych nie wykryto. Na linii pachowej przedniej na wysokości 4—5 żebra z prawej strony znajdujemy stłumienie na przestrzeni

wielkości dłoni, zniesienie szmeru oddechowego oraz na granicy stłumienia sporo rzeżeń. Ogólny stan chorego dość lichey. W nocy chory podczas gwałtownego kaszlu wykrztusił około $\frac{1}{4}$ szklanki prawie płynnej nie cuchnącej ropy, której zbadanie wykazało obecność włókien sprężystych, cząsteczek tkanki płucnej i kryształów hematoidyny.

Na drugi dzień w miejscu dawnego stłumienia znajdujemy objawy jamy. Po trzech dniach znów na miejscu jamy było zupełne stłumienie; charakter ciepłoty ropny. Wobec tego, że chory prawdopodobnie przechodził zapalenie płuc, wobec ograniczonego stłumienia w klatce piersiowej, wobec zwiększonej ciepłoty i wreszcie wobec wykrztuszenia większej ilości płwociny o charakterze ropnym, zrobiono rozpoznanie ropnia płuca. W rozpoznaniu różniczkowym w tym wypadku można brać pod uwagę rozszerzenie oskrzela lub też jamę gruźliczą. Lecz przeciw rozszerzeniu oskrzela przemawiają wywiady, z których dowiedzieliśmy się o nagłym początku choroby i niedługim jej trwaniu, a także badanie drobnowidzowe płwociny. Co do gruźlicy, to przedewszystkiem nie znaleziono laseczników Kocha w płwocinie, a następnie mamy brak całego szeregu innych objawów, swoistych dla gruźlicy. A zatem ustalono rozpoznanie ropnia płuca, które jeszcze zostało potwierdzone za pomocą przekłucia wywiadowczego, za pomocą którego wydobyto ropę w czasie okresu napelnienia jamy. Co do leczenia, to wobec tego, że zwiększenie się ciepłoty, pomimo odpluwania co dwa—trzy dni większych ilości ropy, nie ustępowało, a także wobec coraz gorszego stanu chorego, zdecydowano się na operację, którą też i wykonałem w d. 27 października 1910 r.

Cięcie wzdłuż IV żebra na linii pachowej przedniej, wycięcie 6—7 cm. IV żebra. Opłucna mocno zgrubiała, przekrwiona. Po nacięciu opłucnej, przekonywamy się o mocnem zrośnięciu się jej z płucem. Nakłócie wywiadowcze samego płuca wykazało ropę; wtedy, nie wyjmując igły, przeciąłem tkankę płucną na grubości 2 cm. i otworzyłem w ten sposób jamę w płucu sporej wielkości. Z jamy wylała się niewielka ilość ropy. W jamie znaleziono strzępy tkanki płucnej, które usunięto na tępo. Badając jamę palcem, znajdujemy dwie drugie jamy, o wiele mniejsze, łączące się z jamą pierwotną krótkimi kanałami. Po rozszerzeniu owych kanałów palcem, utworzono jedną większą jamę. Po wyłożeniu jamy gazą, na tem operację zakończono.

Zaraz po operacji chory zaczął silnie kaszlać i pluć, z obfitą domieszką krwi w płwocinie. Zastosowano morfinę i lód; krwioplucie po trzech dniach przeszło.

Przebieg pooperacyjny pomyślny. W pięć tygodni po zabiegu chory z powodu jakichś okoliczności domowych wypisał się ze szpitala ze znaczną poprawą. Jama w płucu zaczęła wypełniać się, ogólny stan chorego także był o wiele lepszy.

*

*

Przypadek № 6. Ludwik P., lat 46, robotnik, przybył d. 20 października 1910 r. do oddziału wewnętrznego szpitala z objawami lewostronnego krupowego zapalenia płuc. Po zniknięciu objawów zapalnych i zmniejsze-

niu się ciepłoty ciała chory zaczął poprawiać się, kiedy naraz ciepłota znów zaczęła zwiększać się i przybierać charakter ropny, a jednocześnie wieczorami u chorego wystąpiły wstrząsające dreszcze. Do tego dołączyło się klucie w lewym boku wraz z kaszlem. Po kilku dniach poniżej kąta łopatki na lewej stronie zaczęło występować ograniczone stłumienie, osłabienie szmeru oddechowego i zniesienie drżenia głosowego. Wobec ciepłoty o charakterze ropnym i wyżej wspomnianych objawów zrobiono nakłucie wywiadowcze w miejscu stłumienia, które dało wynik ujemny. Dopiero w cztery dni potem nakłucie wywiadowcze, wykonane w VIII międzyżebrow, bliżej kręgosłupa, dało ropę. Chory przeniesiony do oddziału chirurgicznego.

Stan obecny. Chory niskiego wzrostu, prawidłowej budowy, lichego odżywiania się. W narządach jamy brzusznej żadnych zmian wybitnych nie znajdujemy. C. 38,5, T. 120, O. 30. Ogólny stan chorego — lichi.

Poniżej kąta łopatki stłumienie wielkości dłoni, oddech na miejscu stłumienia niesłyszalny, drżenie głosowe zniesione. Chory nie odpluwa prawie zupełnie.

Wobec wyżej przytoczonych danych badania fizykalnego, ciepłoty o charakterze ropnym i poprzedzającego to wszystko zapalenia płuc — rozpoznano ropień płuca.

W d. 9 listopada 1910 r. w uśpieniu chloroformowem cięcie (Dr. Stankiewicz) wzdłuż IX żebra z lewej strony w linii łopatkowej, wycięcie 6—7 cm. IX żebra. Po nacięciu opłucnej przekonano się, że jest ona mocno zrośnięta z płucem. Nakłucie płuca dało surowiczoropny, mocno cuchnący płyn. Po przecięciu, bez wyjmowania igły, tkanki płucnej grubości 1½ cm. otworzono jamę w płucu wielkości pięści, skąd wylała się niewielka ilość ropy, oraz względnie spora ilość mętnego cuchnącego płynu. Wprowadzono sączek.

Po zabiegu wystąpiło krwioplucie, trwające przez trzy dni. Na drugi dzień po operacji ciepłota zmniejszyła się do 37,3°, lecz już trzeciego dnia wieczorem dosięgła 38,5°. Zmniejszając się rano do 37,2°, wieczorem dochodziła prawie do 39°. Wahania takie trwały prawie przez trzy tygodnie, przyczem przy badaniu płuc nigdzie zmian żadnych wykryć nie zdołano. Po upływie trzech tygodni ciepłota zaczęła cokolwiek wieczorami zmniejszać się, jakkolwiek ciągle jeszcze dochodziła do 37,6—38°.

Po upływie jeszcze miesiąca chory wypisał się ze szpitala z raną, jeszcze obficie ropiejącą, i ciepłotą, dochodzącą wieczorami do 38°. Chorego straciłem z oczów aż do d. 16 marca 1911 r. (4 miesiące od operacji), kiedy powtórnie przybył do szpitala z niezagojoną jeszcze raną, wysoką ciepłotą, oraz z objawami ogólnego wyniszczenia. C. 38,5, T. 120, O. 28. Z lewej strony klatki piersiowej niezagojona rana po pierwszej operacji, obficie ropiejąca. W całym lewym płucu dużo wilgotnych rzeżeń, naokoło rany stłumienie. Charakter ciepłoty ropny; część ropy zatrzymuje się. W moczu ślady białka.

Dla zapewnienia ropie lepszego odpływu w d. 21 marca 1911 r. dokonano powtórnej operacji (Dr. Stankiewicz): rozszerzono ranę ku górze i ku dołowi, dla łatwiejszego dostępu do jamy w płucu wycięto 5—6 cm

VIII żebra, rozszerzono jamę w tkance płucnej, skąd wylała się spora ilość ropy, wprowadzono gruby sączek. Chory po operacji w dalszym ciągu gorączkował, stan ogólny chorego coraz bardziej pogarszał się i w objawach upadku działalności serca zmarł d. 11 kwietnia 1911 r.

Na sekcji stwierdzono obok jamy ropnia otwartej — drugą jamę, cokolwiek mniejszą, znajdującą się bliżej wnęki płuca.

* * *

Zanim przejdziemy do wniosków i uogólnień, wypływających ze spostrzegania wyżej przytoczonych przypadków, przytoczę w krótkości sprawę rozwoju chirurgii płuc, oraz niektóre dane, dotyczące ropnia płuc. Śledząc historyczny rozwój chirurgii, i widząc szybkie jej postępy, zwrócić musimy uwagę, że chirurgia płuc nie dosięgła jeszcze tego wysokiego stopnia doskonałości, na jakim już stoi chirurgia jamy brzucha.

Zależy to od zupełnie wyłącznych warunków, w jakich operuje się w klatce piersiowej. Dopiero badania doświadczalne Glucka, H. Schmidta, Blocha, Fr. Kijewskiego i wielu innych zapoczątkowały planową interwencję chirurgiczną w niektórych cierpieniach płuc. Wyżej wspomniani autorowie dowiedli, że u zwierząt można bezkarnie wycinać znaczne części płuca, i że wogóle tkanka płuca jest tolerancyjna w stosunku do rozmaitego rodzaju urazów.

Następnie obawa przed wytworzeniem urazowej odmy piersiowej także stawała na przeszkodzie rozwojowi chirurgii płucnej; dopiero doświadczenia kliniczne lat ostatniego dziesiątka dowiodły, że było to przesadną obawą. Z drugiej zaś strony były wprowadzone pewne udoskonalenia techniczne, o których mowa poniżej, dzięki zastosowaniu których można operować wewnątrz klatki piersiowej bez obawy wytworzenia groźnych powikłań, jakie dać może urazowa odma piersiowa.

Ze wszystkich zaś cierpień płuc a priori można przypuszczać, że ropień płuca nadaje się najwięcej do leczenia chirurgicznego. I rzeczywiście, cierpienie to najpierw dało pobudkę do wkraczania chirurgów do klatki piersiowej. Ropień płuc, jako cierpienie samoistne, występuje nadzwyczaj rzadko; najczęściej bywa on zejściem rozmaitych spraw chorobowych, a więc — zapalenia płuc, influency, koklusz, tyfusu, dżyfterytu, dysenteryi (Marion), szkarlatyny i innych. Dalej — ropień płuc występuje, jako szerzenie się sprawy ropnej z sąsiednich na-

rządów, następnie — jako ropień przerzutowy w różnych postaciach ogólnego zakażenia, dalej — wskutek promienicy, ran postrzałowych i kłutych klatki piersiowej, niekiedy wreszcie wskutek obecności ciał obcych w tkance płucnej. Rozpoznajemy ropień płuca na zasadzie objawów następujących: przedewszystkiem gorączka, która występuje prawie zawsze, często zaś w połączeniu z dreszczami, lecz bez wyraźnie określonego typu.

Z objawów fizykalnych — odgłos opukowy ponad ogniskiem ropnem, jeżeli to ostatnie nie leży zbyt głęboko w tkance płucnej, bywa bębnekowy, lub nawet metaliczny. Zależy to jednak zupełnie od stanu napelnienia jamy ropą. Z objawów wysłuchowych ważny jest metaliczny szmer oskrzelowy, oraz dźwięczne grubobańkowe rżenia. Krótko mówiąc, mamy objawy swoiste dla jamy w płucach. Objawy wysłuchowe mogą zniknąć zupełnie chwilowo skutkiem nagromadzenia się w jamie wydzieliny ropnej, przy wypukiwaniu zaś możemy otrzymać zupełne stłumienie.

Oprócz tego zaznaczyć należy, że wszystkie objawy przy badaniu fizykalnem uwydatnią się li tylko wtedy, jeżeli ognisko ropne jest dość duże i położone blisko powierzchni płuca; w małych zaś ropniach, lub nawet większych, znajdujących się w głębi tkanki płuc dużo spodziewać się po badaniu fizykalnem nie możemy. Jedynie tylko plwocina przedstawia pewne cechy odrębne, charakterystyczne dla opisywanej sprawy chorobowej. A więc, plwocina wydziela się zwykle w dużych ilościach, raptownie, zapachu przykrego nie posiada, na wygląd nie różni się ona zazwyczaj od zwykłej ropy, posiada barwę białą, nieco zielonkawą, gdy dłużej stoi, rozdziela się na dwie warstwy — górną płynną, i dolną stałą. Badając drobnowidzowo, znajdujemy oprócz ciałek ropnych, ciałek czerwonych krwi, cząsteczek tkanki płucnej, włókien sprężystych, i złogów barwnika, jeszcze obecność kryształów hematoidyny, którym Leyden przypisuje znaczenie rozpoznawcze. Badanie bakteriologiczne wykazuje obecność rozmaitych drobnoustrojów ropnych.

Bardzo wartościową metodę w rozpoznawaniu ropnia płuca stanowi nakłucie wywiadowcze, jakkolwiek i ono nie daje jeszcze bezwzględnej pewności. W niewielkich ropniach, położonych zwłaszcza w głębi tkanki płucnej, często możemy igłą zupełnie nie dojść do ropy, lub też, otrzymawszy ropę, nie mo-

żemy bezwzględnie twierdzić, czy pochodzi ona z otorbionego ropnego wysięku opłucnej, czy też z ropnia w samym mięszu płuc. Niekiedy trzeba zrobić kilka lub kilkanaście nakłuć, zanim dostaniemy ropę.

Z drugiej zaś strony, nakłucie wywiadowcze nie jest tak zupełnie niewinnym zabiegiem; często bywa ono powodem bardzo ciężkich powikłań, jako to—rozszerzenie się sprawy ropnej, lub znaczne krwiopłucie, lub krwawienie. W przypadku Fr. Kijewskiego po przekłuciu „chory dostał napadu kaszlu i krwiopłucia, które stopniowo potęgowało się. Krew dostała się do płuc zdrowych, zalała oskrzele i w ciągu kilku minut doprowadziła do zejścia śmiertelnego, pomimo wszelkich zastosowanych środków ratunkowych“.

Dla ścisłego umiejscowienia i określenia rozmiarów ogniska ropnego w płucach, niezbędne jest jeszcze badanie za pomocą promieni Röntgena, które oddaje wielkie usługi w rozpoznawaniu cierpień płuc. Dzięki metodzie prześwietlania uzyskujemy wartościowe dane, daleko ściśsze, niż otrzymane za pomocą badania fizykalnego, o rozmiarach ogniska chorobowego w płucach, a zwłaszcza o jego stosunku do sąsiednich ważnych narządów. Wielkość ropni płuc jest bardzo rozmaita; ściana ropnia jest zwykle nierówna, naokoło ropnia widzimy znaczny rozrost tkanki łącznej, oddzielającej ropnie od zdrowej kanki płucnej.

Co do przebiegu ropni płuc, to, jak wiadomo, mogą one otwierać się same do oskrzeli, i w ten sposób opróżnić swoją zawartość. W przypadkach małych ropni może w ten sposób nastąpić i samowyleczenie, gdyż mała jama w tkance płucnej może zablźnić się. Przebieg taki ma miejsce nadzwyczaj rzadko, gdyż najczęściej opróżnienie bywa niedostateczne, część ropy zostaje w jamie, z drugiej zaś strony — wczesne dokonanie operacji wpływa nadzwyczaj dodatnio na cały przebieg sprawy chorobowej. Z chwilą więc, kiedy rozpoznanie ropnia płuca jest ustalone i stwierdzono, że nie można oczekiwać opróżnienia jego zawartości przez oskrzela, lub też opróżnienie takie jest niewystarczające, nie należy już zwlekać z wystąpieniem czynnem.

Po rozpoznaniu i umiejscowieniu ropnia płucnego przystępujemy do zabiegu, mającego na celu dać odpływ ropie na-

zewnątrz. Co do metody znieczulania, to większość autorów przestrzega przed stosowaniem ogólnego uśpienia ze względu na zwykle ciężki stan chorego. Sauerbruch w ostatniej swej pracy radzi stosować miejscowe znieczulenie ze względu na możliwość zakażenia przez aspirację zdrowych części płuca. W wykonywaniu zabiegu pamiętać należy, że w ropnych ogniskach w płucach, pozostających w łączności z oskrzelami, unikać należy kładzenia chorych na zdrowym boku dla zapobieżenia przedostawaniu się wydzieliny ropnej do zdrowych oskrzeli.

Sam zabieg polega na dojściu do tkanki płucnej, nacięciu jej i zapewnieniu odpływu ropie. Dla dostania się do tkanki płucnej, nb. w pierw do opłucnej, należy wyciąć część jednego, dwóch lub nawet większej liczby żeber. Cięcie opłucnej międzyżebrowe jest w przypadkach ropni płuc zupełnie niedopuszczalne, gdyż nie daje ono odpowiedniego dostępu do płuc, i — następnie — nie może zapewnić wystarczającego odpływu ropie.

Co do wyboru cięcia, to robi się je już to równoległe do żeber, już to łukowate, już też płątowe w postaci odwróconej litery H, które daje największy dostęp do żeber. Po wyosobnieniu jednego, lub dwóch żeber robimy wycięcie żebra na dość znacznej przestrzeni, aby mieć zupełnie wystarczający dostęp do płuca. Tu pamiętać należy zdanie Thiriara, że lepiej wyciąć dwa żebra za dużo, aniżeli jedno zamało. Dochodzimy do opłucnej. Przy nacinaniu tej ostatniej trzeba zawsze liczyć się z możliwością wywołania urazowej odmy piersiowej, co, jak wiadomo, prowadzi często do bardzo poważnych zaburzeń w krwiobiegu i oddychaniu chorego. Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że wszystkie cechy zrostów płuca z klatką piersiową nie dają bezwzględnej pewności istnienia zrostów. Z drugiej zaś strony, o ile cięcie płuca w przypadku trwałych, mocnych zrostów opłucnej nie przedstawia sobą niebezpieczeństwa, o tyle znów w przypadku wolnej jamy opłucnej samo otwarcie tejże jamy może dać ciężkie objawy odmy powietrznej, a nacięcie ogniska ropnego w samej tkance płuc może zakażać wolną jamę opłucnej.

Z tych to względów cały szereg chirurgów stosował rozmaite sposoby w celu uniknięcia odmy piersiowej powietrznej

i następnego zakażenia opłucnej. A więc, wielu przed nacięciem opłucnej starało się wytworzyć sztucznie zrosty opłucnej: wstrzykiwano po kilka kropli jodyny, 2% roztworu formaliny do jamy opłucnej. Quincke przecinał mięśnie międzyżebrowe, i na obnażoną opłucną stosował ciasto z chlorku cynku. Neuber wypycha jamę gazą jodoformową przez 6—10 dni, Willard w doświadczeniach na zwierzętach przyszywa płuco do opłucnej ściennej bez uprzedniego otwierania tejże, lub z otwieraniem jamy opłucnej. Dalej, Delagenier dowodzi, że odma piersiowa chirurgiczna wtedy tylko bywa groźna, jeśli występuje nagle, niebezpieczeństwo zaś maleje po powolnem otwieraniu jamy opłucnej - przy operacjach radzi wolno otwierać opłucną, a po zaszyciu rany wypompowywać powietrze przyrządem Pataina. Dollinger umyślnie wywoływał odmę powietrzną opłucnej na 24 godzin przed operacją; w tym celu wprowadza do jamy opłucnej przez przestrzeń międzyżebrową sączek, potem można bezkarnie otwierać opłucną. Garré radzi powoli otwierać opłucną, a w razie gwałtownego kurczenia się płuca i objawów odmy piersiowej—radzi płuco za pomocą mocnych szczypczyków wciągnąć w ranę i przyszyć. Roux podał metodę zeszywania obydwóch listków opłucnej—la suture à arriere points, lecz i to nie zawsze zabezpiecza opłucną od rozdarcia. Fr. Kijewski, przyszywając płuco do klatki piersiowej, aby nitka nie rozdzierała tkanki, i aby przez utworzone w ten sposób otwory powietrze nie dostawało się do opłucnej, radzi pomiędzy nitkę i tkankę pomieszczać paski gazy i na nich zawiązywać nitkę. W ten sposób gaza zatyka miejsce ukuć igłą. Przy przyszywaniu płuca do opłucnej ściennej szew należy nakładać wtedy, kiedy płuco opuszcza się najniżej i najszczelniej przylega do klatki piersiowej.

Oto jest prawie wszystko, co było zrobione dla zabezpieczenia jamy opłucnej od chirurgicznej odmy piersiowej. Wszystkie te sposoby są dość kłopotliwe, i bardzo wikłają cały zabieg operacyjny na płucach. Dopiero w ostatniem dziesięcioleciu zjawiają się techniczne urządzenia, jak kamera Sauerbrucha i sposób Brauera, pozwalające na operowanie wewnątrz klatki piersiowej bez obawy powikłań w postaci masowej odmy piersiowej.

Sauerbruch, dla uniknięcia szkodliwego wpływu urazowej

odmy piersiowej podczas wykonywania operacji wewnątrz klatki piersiowej, zbudował kamerę z rozrzedzonym powietrzem, którą nakłada na górną część brzucha i klatki piersiowej operowanego zwierzęcia. Przez odpowiednie otwory, zabezpieczone gumą, operujący wprowadza do kamery ręce i narzędzia i wykonuje zabieg. Z kamery powietrze wypompowuje się, dopóki ciśnienie nie będzie zmniejszone o słupek rtęci, około 10 młm. wysoki. Na tej zasadzie była zbudowana wielka kamera, gdzie umieszczano operatora z pomocnikiem oraz cały tułów chorego, głowa zaś zostaje nazewnątrz kamery. Przy zmniejszeniu ciśnienia do 10 młm. rtęci można otwierać klatkę piersiową i opadnięcie płuca nie następuje, operujący zaś znoszą to obniżenie ciśnienia zupełnie dobrze: odpowiada ono ciśnieniu na wysokości 300 metrów.

W tym roku, co i Sauerbruch, podał Brauer swój sposób operowania za pomocą zwiększenia ciśnienia w płucach, mianowicie zbudował kamerę, w której znajduje się głowa chorego, szczelnie zamknięta — do kamery wtłacza powietrze, które zwiększa ciśnienie w płucach, i daje możliwość wykonywania wielu operacji w klatce piersiowej. Zasadnicze rzeczy, wprowadzone przez Sauerbrucha, zostały jeszcze udoskonalone i uproszczone przez cały szereg autorów.

Jak widzimy, był stosowany cały szereg pomysłów, aby uniknąć objawów urazowej odmy piersiowej — na szczęście, w sprawach ropnych prawie zawsze znajdujemy już zrosty opłucnej. Według Garrégo, w przypadkach ropnia płuc znajdujemy zrosty opłucnowe w $\frac{4}{5}$ przypadków, Tuffier na 219 przypadków w 190 znalazł zrosty opłucnej.

Po dojściu do samej tkanki płucnej należy zrobić jeszcze raz nakłucie wywiadowcze w samym płucu, żeby ponownie upewnić się, gdzie mieści się ognisko ropne, gdyż bywa, że pomimo stwierdzenia ogniska ropnego za pomocą nakłucia wywiadowczego i pomimo innych objawów, cechujących tę sprawę chorobową, po otwarciu płuca ropy znaleźć nie możemy; cały szereg autorów nas przed tem przestrzega. Bardzo celową wydaje się rada Tuffiera, aby robić nakłucie wywiadowcze przy pomocy promieni Röntgena, igły nie wyjmować, i na igle robić cięcie.

Następnie, jeśli jama opłucnej jest wolna, to przy zastoso-

waniu kamery Sauerbrucha, lub sposobu Brauera należy przed otwarciem ropnia przyszyć płuco do klatki piersiowej, aby uniknąć zakażenia wolnej i zdrowej jamy opłucnej. Wszystkie te przestrogi, jak to już zaznaczyłem, w ropniach płuc są zbyt częste, gdyż zwykle mamy mocne zrosty tkanki płucnej z klatką piersiową, ale możliwe jest wszakże, że w ropniu, położonym w głębi tkanki płucnej, zrostów opłucnowych nie znajdziemy. Po utworzeniu ogniska ropnego i opróżnieniu go wchodzimy palcem do jamy ropnia, badając ją starannie, wolne tkanki lub strzępy, o ile są, powinny być następnie usunięte, noża lub nożyczek należy unikać w obawie możliwości krwawienia; następnie, o ile są uchyłki w tkance, usunąć je trzeba za pomocą palca. O ile jama otwarta pozostaje w łączności z innymi jamami, należy je, o ile możliwości, połączyć ze sobą w celu utworzenia jednej jamy większej.

Przy opróżnianiu jamy ropnia wystrzegać się należy przełykań nie tylko już płynami przeciwnymi, ale nawet zupełnie obojętnymi, gdyż płyny, dostawszy się do oskrzela, łatwo sprowadzić mogą napad kaszlu, lub krwotok.

Co do krwawienia podczas przecinania tkanki płucnej, to niektórzy chirurdzy dla uniknięcia tegoż stosują żegadło Paquelina, lecz wogóle krwawienie w powierzchownych warstwach płuca nie może być znaczne, z takim—możemy mieć do czynienia tylko w pobliżu wnęki.

Następcze leczenie otwartych ropni płuc jest względnie proste: jamę wypychamy gazą, lub wprowadzamy sączek, ten ostatni właściwie jest niebezpieczny ze względu na możliwość nadżarcia naczynia od ucisku i na następny krwotok. Sauerbruch przy wprowadzaniu sączka radzi owinąć go gazą. Przy następczym leczeniu obawiać się można krwotoku, który powstać może przez nadżarcie naczynia przy oddzielaniu się tkanki zmartwiałej, lub też przez wyżej wspomnianą odleżynę od sączka. Podwiązanie takiego krwawiącego naczynia w głębi tkanki płucnej jest zupełnie niemożliwe, i trzeba ograniczyć się do mocnego wypchania gazą jodoformową.

Co do ostatecznego wyniku zabiegów operacyjnych w ropniu płuc, to, naturalnie, rokowanie zależy od podstawowego cierpienia, które dało wyjście dla ropnia, od ogólnego stanu chorego, od zmian, jakie zdażyły zajść w tkance płucnej i wresz-

cie od wieku chorego. Wogóle można powiedzieć, że o ile ostre sprawy ropne dają wyniki pomyślne, o tyle o wiele lichsze wyniki otrzymujemy w sprawach ropnych przewlekłych. Garré po operowaniu ropni płuc w 77% otrzymał wyzdrowienie. A wogóle wszyscy autorowie zgadzają się na jedno, że wczesne operowanie daje o wiele lepsze wyniki, niż operowanie późne. Według Qinczego, cięcie płuc w ropnych i zgorzelinowych sprawach płucnych daje pomyślne wyniki w przypadkach ostrych — w $\frac{2}{3}$ przypadków następuje wyleczenie; w przewlekłych zaś sprawach ropnych wyleczenie bywa niezupełne, gdyż często pozostają przetoki płucne, jak wiadomo — bardzo trudne do zagojenia. Przy małych ogniskach ropnych w płucach trudno jest mówić o operacji przedewszystkiem z powodu trudności rozpoznania, a następnie — ropnie takie nawet w razie ich rozpoznania jest bardzo trudno, a właściwie niemożliwie operować, następnie możemy przypuszczać, że niewielki ropień opróżni się do oskrzela i w ten sposób nastąpi samowyleczenie. W większych ropniach czekać na opróżnienie się dobrowolne do oskrzeli nie powinniśmy, gdyż przedewszystkiem narażamy chorego na wycieńczenie, ropień taki może powiększać się i niszczyć otaczającą zdrową tkankę płucną, następnie jeśli nawet część ropy wydzieli się przez oskrzela, to opróżnienie takie bywa zwykle niedostateczne, większa część ropy pozostaje, zatruwając w dalszym ciągu cały ustrój chorego. Wreszcie paniętać należy, że tylko operowanie niedługo trwających ropni daje wyniki pomyślne — we wszystkich zaś innych przypadkach wyniki operacyjne są o wiele gorsze.

Przyczyny ropni płuc, jak to już wyżej zaznaczyłem, są bardzo rozmaite — w spostrzeganych przez nas przypadkach przyczyny były następujące: w czterech przypadkach ropnie wystąpiły, jako zejście zapalenia płuc, w jednym przypadku mieliśmy ropień przerzutowy w ogólnem zakażeniu, wreszcie jeden ropień powstał z powodu rany postrzałowej klatki piersiowej.

Co do trudności rozpoznawczych, sędzę, że najwięcej zainteresowania wzbudzić może przypadek drugi, gdzie niezależnie od ropnia w samem płucu mieliśmy jeszcze surowiczy wysięk w jamie opłucnej. W przypadku tym dokładne rozpoznanie było bardzo trudne, a właściwie zupełnie niemożliwe — objawy wy-

sięku w opłucnej, ciepłota o charakterze ropnym, i wreszcie ropa, wydobyta przy próbnem przekłuciu, zdawało się, że to wszystko przemawia na korzyść ropnego wysięku opłucnej, tymczasem w opłucnej znajdujemy płyn surowiczny, w samym zaś płucu ropień. Co do trudności rozpoznawczych—jest także dość interesujący przypadek szósty, gdzie oprócz opróżnionej jamy ropnia znajdowała się druga jama, położona bliżej wnęki. Jama nie dawała żadnych objawów wysłuchowych i wypukowych, i przekonaliśmy się o jej istnieniu dopiero na stole sekcyjnym; w tym przypadku, sądzę, że badanie promieniami Röntgena dałoby nam odpowiednie wskazówki, niestety, w tym czasie jeszcze nie rozporządzaliśmy w szpitalu tą metodą badania. Co do drugiego przypadku, zakończonego także niepomyslnie, sekcyja nie mogła być dokonana, przypuszczać jednak należy, że przyczyną śmierci było ogólne osłabienie i wyniszczenie chorego, gdyż operacyja była dokonana w dwa miesiące od początku choroby. Zrosty opłucnej w naszych przypadkach były bardzo mocne, co, jak twierdzą wszyscy autorowie, spotyka się prawie zawsze w operowaniu ropni płuc. Krwawienie przy przecinaniu tkanki płucnej było umiarkowane; zależy to od tego, że wszystkie spostrzegane przez nas ropnie położone były blisko powierzchni płuca.

Co do wyników operacyjnych, to nawet na tej tak małej liczbie przypadków ropni płuc sprawdza się zasada, że tylko wczesne operowanie dać może dobre wyniki. Naturalnie, że oprócz tego ważną rolę odgrywa podstawowe cierpienie, które posłużyło za punkt wyjścia dla ropnia płuc, oraz ogólny stan i wiek chorego.

PIŚMIENNICTWO.

1. W. Biegański i A. Sokołowski. Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych. Warszawa, 1903. -
2. Delanglade et Fiolle. L'ouverture des abcès du poumon. Marseille, 1910.
3. Forlanini Carlo. Apparate und Operationstechnik für den künstlichen Pneumothorax. D. med. Woch. 50—51. 1911.
4. Garré. Die chirurgische Behandlung der Lungenkrankheiten. Mitt. aus den Grenzgeb. der Medic. und Chirur. Bd. 9, H. 3. 1902.

5. Kijewski Franciszek. O pneumotomiach przy ropniach płuc. *Gaz. Lek.* 1897. Zgorzel płuc. Pneumotomia. Wyzdrowienie. F. Sommer i Kijewski Fr. Przyczynek do Pneumotomii. *Gaz. Lek.* 1905. K uczeniu o rezekcii logkich. Diss. na st. dokt. med. 1908. Współczesny stan chirurgii płuc. *Odczyty Kliniczne.* 1912
 6. Korczyński L. prof. Nauka o chorobach wewnętrznych. Kraków, 1905.
 7. Lenhartz H. Zur operativen Behandlung des Lungenbrandes. *Mitth. aus d. Grenzgeb. des Med. und. Chir.* Bd. 9, H. 3. 1902.
 8. Marion. Abscès du poumon d'origine dysenterique. *Bull. et mem. de la soc. chir. de Paris.* T. XXXIV, p. 17.
 9. Sauerbruch. Technik der Thoraxchirurgie. Von F. Sauerbruch und E. Schumacher. 1911.
 10. Sokołowski. Choroby płuc. Warszawa. 1903. O wskazaniach do zabiegów chirurgicz. w cierpieniach płucnych. *Odczyty Kliniczne.* 1912.
 11. Quincke H. Ueber die chirurgische Behandlung der Lungenkrankheiten. *Mitt. aus Grenzgeb. der Med. und Chirur.* Bd. 9, H. 3. 1901.
-

Tentamen abortus provocandi aut deficiente graviditate uterina, aut praesente extrauterina.

Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego d. 4 czerwca 1912 r.

Szanowny i Czcigodny Kolego Jubilacie i przyjacielu Władysławie! Poznaliśmy się w roku 1884, gdy po raz pierwszy miałem okazję pracować w szpitalu Ewangelickim, jako chwilowy zastępca doktora Liebhena. Od lat 19 pracuję w tymże szpitalu, jako ordynator otworzonego w roku 1893 Oddziału ginekologicznego. Sąsiadowaliśmy ze sobą, z tego sąsiedztwa wywiązał się stosunek bliższy. Ile razy ja, jako młodszy adept chirurgii brzusznej, potrzebowałem rady starszego i więcej doświadczonego chirurga, a nieraz i pomocy czynnej w powikłaniach chorobowych po za dziedziną ściślejszą ginekologii, w sprawach kiszkowych, nerkowych i t. p., kogoż miałem się radzić, jak nie doświadczonego chirurga, w tym samym szpitalu pracującego. Nieraz okazywałeś mi pomoc, a zawsze życzliwość, popierając pracę młodszego kolegi. Czemu, Kolego Władysławie, byłeś i jesteś dla naszego szpitala, o tem dobrze wie Zbór nasz, o tem wie miasto nasze i ogół nasz. Czemu jesteś, jako przedstawiciel nauki, jako dzielny chirurg, jako sumienny lekarz, o tem wie dobrze ogół lekarzy Ojczyzny naszej. Gdy więc dziś chirurgowie nasi poświęcają Tobie, jako zasłużony hołd za 50-letnią pracę czynną na polu chirurgii, dzieło niniejsze, niechajże i mnie pozwolone będzie przyczynić się do zbiorowego dzieła tego skromnym datkiem naukowym — wydrukowaniem odczytu, wygłoszonego w Towarzystwie Lekarskiem, który raczyłeś zaszczyścić obecnością swoją

Franciszek Neugebauer.

Tentamen abortus provocandi aut deficiente graviditate uterina, aut praesente extrauterina.

Przyroda uposażyła wszystkie zwierzęta wszelakiego rodzaju w dążenie do ochrony swego potomstwa przed zgubą. Jedynie człowiek stanowi w tem prawidło wyjątek. Mordowanie dzieci, jak historia wskazuje, bynajmniej nie było dawniej, i u dzikich narodów dziś jeszcze nie jest rzadkością. Początkowo, być może, zamierzano tylko zapobiedz przeludnieniu, oraz, wytępiając dzieci nieprawidłowej budowy lub chore, podnieść dobrobyt ogółu, lecz później przyszło do tego, że dzieci mordowano poprostu, aby pozbyć się obowiązku dbania o ich życie, wykarmienie i t. d. Mordowanie dzieci jeszcze dziś wykorzystane nie jest bynajmniej. Pewien komisarz angielski wyliczył, że w indyjskich prowincjach Cutch i Gujarat rocznie mordują nie mniej, niż 30,000 dzieci. U narodów azjatyckich i na wyspach strefy południowej ofiary te są prawie wyłącznie płci żeńskiej. W niektórych okolicach mordują tyle dziewcząt nowonarodzonych, że na jedną kobietę przypada 4—5 mężczyzn! Rząd angielski np. wykrył, że u radschputów w Indyach wschodnich pod podłogą mieszkań bardzo często znajdowano czaszki dzieci zabitych. W szczepie Dschohmudscha naliczono na 1412 męskich osobników zaledwie 335 żeńskich!

W południowej części prowincyi Allahabad na 95 wsi przypadało tylko 3 dziewcząt! W roku 1870 Anglia wydała rozporządzenie treści następującej: „Jeśli w jakiegokolwiek miejscowości odsetka dziewcząt nie dojdzie do 40% ogólnej liczby dzieci, gmina będzie podejrzewana o mordowanie noworodków żeńskich, i za to karana. Lecz odsetkę taką osiągnięto dopiero w ostatnich latach, i to daleko nie w całym kraju. Jeśli tam dziś mniej dziewcząt mordują, to usuwają je w inny sposób — nie dając niemowlętom żeńskim opieki, dla ich rozwoju potrzebnej i t. d. W pewnych stronach Chin 40% wszystkich noworodków jeszcze dziś ma być zabijanych. Dzieci te zabija się

albo zaraz po porodzie, albo też bywają one porzucane. W Afryce uchodzi za klęskę, jeśli rodzina dzieci nie ma, natomiast zabijają wszystkie dzieci zniekształcone i chore. Plemiona Igorotów i Dajaków z bliźniąt zawsze tylko jedno zostawiają przy życiu, często zabijają oboje, a nawet dla przesądów — i matkę. Również w Australii mordowanie dzieci jest rzeczą zwykłą, nieraz sama matka kilkoro swoich noworodków zabić nie zawaha się, nie chcąc mieć potomstwa.

Dawniej więc usuwano noworodków, zabijając ich, dziś przy postępach kultury miejsce dawnego mordowania zajmuje spędzanie płodów na drodze poronień, sztucznie wzniecanych, o ile nie uda się zapobiedz poczęciu przez wielorakie środki, zalecane przeciw poczęciu, działające bądź czysto mechanicznie, bądź chemicznie, bądź w sposób skombinowany — sub utraque forma!

Bardzo gruntownie opracował historię zarówno dzieciobójstwa, jak i spędzania płodu Henryk von Fabrice, zaczynając od czasów Straboniusza, Herodota i t. d. aż do czasów dzisiejszych. Praca ta zawiera mnóstwo nader zajmujących szczegółów. W Persyi, gdy kobieta niezamężna urodzi dziecko, bezwarunkowo podlega karze śmierci. Nie zdarza się nigdy, aby po za małżeństwem zdarzył się poród, natomiast nie kryją się bynajmniej z poronieniem sztucznym, uprawianem przez akuszerki. Szczególnie akuszerki w Teheranie słyną ze zręczności swojej na tem polu. Pitzijos Bey w roku 1858 w pracy swojej „Les reformes de l'Empire Byzantin“ pisze: We wszystkich krajach muzułmańskich istnieją zakłady publiczne dla spędzania płodów. W samym Konstantynopolu istnieje kilka takich zakładów, protegowanych przez rząd, a przynajmniej tolerowanych. Jeden z tych zakładów istnieje w Tschubali w bliskości Phanaosu i jest wykwintnie urządzony. W roku 1852 Kostakis, wyższy urzędnik policyi, grek, kilkakrotnie kazał właścicielkę zakładu aresztować, lecz urzędnik jeszcze wyżej postawiony kazał mu dać spokój owej osobie. W oknach aptek nieraz widać w słoikach embryony ludzkie, różnej wielkości, jako reklamę, że w danej aptece praktykuje lekarz, zajmujący się spędzaniem płodów. Dochodzenia rządowe ujawniły w Konstantynopolu 300 poronień kryminalnych miesięcznie. Kryminalne spędzania płodów są jedną z głównych przyczyn depopulacji

wśród rodowitych Turków. Stern pisze, że nawet sułtan w haremie swoim miał żonę jedną z przydomkiem krwawej akuszerki, zajmującą się stale spędzaniem płodów. W obecnych czasach prócz w Paryżu głównie w Stanach Zjednoczonych kwitnie proceder spędzania płodów. We wszystkich większych miastach Stanów Zjednoczonych istnieją zakłady dla tego procederu.

Teoretycznie rozpatruje sprawę spędzania płodu profesor Fritsch w krótkim, ale doskonałym opracowaniu: „Fruchtabtreibung. Handbuch der aerztlichen sachverstaendigen Taetigkeit herausgegeben von Professor Dittrich. VI Bd., I. Lieferung. Wien und Leipzig, 1911“. W pracy tej Fritsch daje kilka przykładów, do jakich forteli udają się nieraz kobiety, aby, wprowadzając lekarza w błąd, zmusić go do dokonania wyskrobania, symulując abortus incompletus. Do kliniki np. zgłosiła się pewna kobieta, mówiąc, że poroniła, że płód wyszedł, ale łożysko w macicy pozostało, i jako dowód przyniosła ów płód. Przy obejrzeniu płodu, jakoby poronionego, okazało się, że był to psi embryon.

Spędzenia płodu dopuszczają się — jak pisze Wachholz (Przegląd Lekarski. 1912, № 21) — tak kobiety stanu wolnego, jak i mężatki: pierwsze ze zrozumiałych przyczyn, jak z obawy przed niesławą i t. p., drugie — celem zapobieżenia nadmiernemu przyrostowi rodziny, obie nadto z obawy przed utratą wdzięku i przed porodem, zwłaszcza, jeśli już poprzednio odbyły poród, połączony z nieprawidłowym przebiegiem, zabiegami operacyjnymi lub powikłaniami. Obawa przed trudnym i nieprawidłowym porodem nawet u pierwiastki może być wytłómaczona, jeśli, jak to nieraz się zdarza, zawodowi spędzacz lub lekarz, względnie położna, kobietę ciężarną zastraszyli. Obawa ta może być tak znaczna, że może stanowić u danej kobiety niepokonalny przymus, skłaniający ją do zbrodni spędzania płodu, a przymus taki może czynić podsadną nieodpowiedzialną za czyn w myśl paragrafu 2a u. k. i paragrafu 54 niemieckiej u. k., jak to orzekł Trybunał Rzeszy niemieckiej w jednym przypadku. Do wzniecenia takiej obawy u ciężarnych przed porodem uciekają się nieraz zawodowi spędzacz płodu, jeśli widzą u klientek swych pewne wahanie się przed poddaniem się zabiegom celem spędzenia płodu.

Sprawa poronień zbrodniczych stoi dziś na porządku dzien-

nym we wszystkich niemal Towarzystwach ginekologicznych. Gdy Treub podaje odsetkę kryminalnych poronień na 24% na 100 poronień wogóle, to Olshausen podaje odsetkę takich poronień aż do 80%. Opierając się na własnym materiale szpitalnym od roku 1893 do chwili obecnej najzupełniej przyznaję, że twierdzenie Olshausena bynajmniej nie jest przesadne. Heywood Smith (Brit. Gyn. Journ. Nov. 1904, p. 244) wymienia pacjentkę, która u siebie samej 35 razy wywołała sztuczne poronienie. Jackson oblicza liczbę takich poronień w stanie Mayne w północnej Ameryce na 50,000 rocznie. Maygrier w roku 1902 obliczał odsetkę śmiertelnego zejścia po poronieniach samorodnych, czyli nie sztucznie wywołanych na 0,57%, a po poronieniach zbrodniczych na 56,81%! Towarzystwo Société Obstetricale de France obliczyło, że we Francji podług statystyki liczba poronień zbrodniczych wynosi rocznie 36,000 i że umiera w związku z takim poronieniem rocznie 2000 kobiet, czyli, że 6% kobiet traci przytem wskutek lekkomyślności życie.

Ponieważ poronienia zbrodnicze są karane surowo, wypadałoby sądzić, że będą zdarzały się tylko sporadycznie. Doświadczenie wszakże uczy, że kara sądowa odstrasżająca nie wywiera pod tym względem najmniejszego wpływu, i że, przeciwnie, pomimo sądowego ścigania przestępcy liczba poronień zbrodniczych stale z roku na rok powiększa się. Zdawałoby się, że procederem sztucznego usuwania ciąży, niepożądaney po większej części, zajmują się osoby postronne — lecz tak nie jest. Niestety, nie brak lekarzy moralnie podupadłych, oraz akuserek, które dla łatwiejszego zarobku z zupełną świadomością wchodzą w kolizyę z kodeksem karnym, mając, niestety, wszelkie szanse wykręcenia się w razie sądowego dochodzenia z przyczyn łatwo zrozumiałych, a głównie — dla braku świadków. Wogóle rzadko sprawa taka dostaje się przed forum sędziowskie — prawie bez wyjątku tylko w razie śmiertelnego zejścia sztucznie wywołanego poronienia. Wobec olbrzymiej liczby poronień zbrodniczych oraz wobec przerażającej odsetki zejść śmiertelnych, pytanie, jak zapobiedz tej klęsce, jak np. dla Francji—klęsce narodowej, stoi na porządku dziennym. Odnosne piśmiennictwo szczególnie w ostatnich latach staje się coraz obfitsze. Szczególnie w niemieckich towarzystwach ginekologicznych w ostatnich trzech latach sprawę tę rozpatrywano bar-

dzo obszernie, również we włoskich (Bossi, Tibone). W grudniu roku zeszłego rozpatrywano sprawę na jednym ze Zjazdów ginekologów ruskich w Petersburgu.

Wszystkie dzieła, dotyczące tego przedmiotu, traktują sprawę sztucznie — legalnie lub nielegalnie — wywołanego poronienia, w żadnym jednak nie znalazłem wzmianki o usiłowaniach wywołania poronienia tam, gdzie wcale ciąży nie było, a istniała tylko obawa ciąży — tentamen abortus provocandi w ciąży mniemanej, lecz nie istniejącej, lub też w przypadkach, gdzie istniała ciąża, lecz nie maciczna, a zewnątrzmaciczna. Powodem przestępstwa dla danej kobiety jest uwolnić się od niepożądaney ciąży dla byle jakiej przyczyny. Skoro tylko miesiączka nie przyszła na czas, występuje obawa ciąży, prowadząca do manipulacyi zbrodniczych, aby płód zniszczyć i usunąć. Ponieważ nie każde zatrzymanie się miesiączki zależy od poczęcia, łatwo zrozumieć, że stosunkowo często kobieta, przypuszczająca tylko możność ciąży, lecz nie mająca najmniejszej pewności istnienia tej ciąży, poddaje się manipulacyom zbrodniczym, ryzykując i zdrowie i nieraz życie! O ile przy istnieniu ciąży lekarz, wezwany do chorej, będzie miał rozpoznanie łatwiejsze, o tyle rozpoznanie i wybór leczenia może być dla niego bardzo trudnem zadaniem, skoro ciąży wcale nie było, a kobieta poddała się zabiegom pro abortu provocando, a w dodatku lekarzowi ani słowa o tem nie mówi, co miało miejsce.

Wertując dane piśmiennictwa, znalazłem tylko jedną pracę francuską, specjalnie tej sprawie poświęconą. Alfred Percheval („Des manoeuvres abortives chez les femmes, qui ne sont pas enceintes“, Thèse de Paris, Mars 1911), zestawił przypadków 16, a L. Aubert („Les complications de l'avortement. Etude anatomo-clinique et bactériologique basée sur 215 cas observés à la Maternité de Genève“, Geneve, 1911) — przypadków aż 11 z jednej kliniki profesora Beuttnera.

Osobiście ogłosiłem w Zentralblatt für Gynaekologie, 1912, № 4, w styczniu, przypadków 15 o 5 zejściach śmiertelnych. Dziś podaję spostrzeżeń 72, a materyał ten podzieliłem na dwie części.

51 przypadków dotyczy kobiet, u których żadnej ciąży nie było, a 21 przypadków dotyczy kobiet, u których poczęcie miało miejsce, ciąża wszakże nie była maciczna, a pozamaciczna.

Zanim rozpatrzymy bliżej sprawę, pozwalam sobie dla przykładu zestawić szereg takich spostrzeżeń.

I. Tentamina abortus provocandi deficiente graviditate:

Aubert w pracy swojej: „Les complications de l'avortement“, Genève, 1911, opartej na 215 spostrzeżeniach w Mater-nité tamtejszej, podaje opis trzech przypadków ogólnego zapalenia otrzewnej po manipulacjach kryminalnych, aby przerwać mniemaną ciążę, z których jeden zakończył się śmiercią.

L. c. pg. 19: „Infections du peritoine causées par des manoeuvres abortives pratiquées sur des utérus en dehors de l'état gravide“.

1. Pierwsze spostrzeżenie. 28-letnia kobieta skierowana została do szpitala przez lekarza z rozpoznaniem: Abortus septicus, peritonitis. Ponieważ spodziewany na 13 września peryod okazał się bardzo skąpym, pacjentka, obawiając się ciąży, udała się do akuszerki dla spędzenia mniemanego płodu. 5 października akuszerka wprowadziła do macicy zgłębnik, i w przeciągu czterech tygodni zgłębnik kilkakrotnie wyciągała, bądź ponownie na kilka dni wpychała. W trakcie tego czasu powstało silne zapalenie w podbrzuszu, zjawiała się grączka, bóle, wymioty. Wtedy akuszerka starała się macicę ściągnąć ku dołowi, aby dokonać skrobania. Manipulacya ta nie udała się jej, natomiast powstało ogólne zapalenie otrzewnej. Stan bardzo ciężki trwał cały tydzień. 16 października nastąpiło gwałtowne rozwolnienie z obfitą ilością ropy w wypróżnieniach. Ogólny stan chorej zaczął cokolwiek poprawiać się, lecz przyplątało się zapalenie żył w lewej kończynie dolnej. Wymacano wtedy zapalny konglomerat w lewym przymaciczu, oraz nacieczenie zapalne w sąsiedztwie. Chora przeleżała w szpitalu więcej, niż trzy miesiące. Przy wypisaniu się jej ze szpitala nacieczenie zapalne okazało się znacznie zmniejszone, ogólny stan chorej poprawił się znacznie.

2. Drugie spostrzeżenie. 21-letnia panna wstąpiła do szpitala dnia 29 lipca 1908 r. w stanie tak rozpaczliwym, że z góry nie dawano żadnej nadziei ratunku. Ponieważ pacjentka w dniu 20 lipca daremnie oczekiwała peryodu, udała się do akuszerki, która starała się wywołać poronienie. Chora zaraz dostała silnych bólów, gorączki i t. d. Stan chorej po przybyciu do szpitala jeszcze pogorszył się, i dnia 31 lipca zmarła 11-go dnia po

owej zbrodniczej manipulacji, przez akuszerkę dokonanej. Sekcja ujawniła ogólne zapalenie otrzewnej z pęknięciem ropnia przymacicznego i jajnikowego, obrzęk płuc, otłuszczenie wątroby, zmiany zakaźne w nerkach i śledzionie. W ropie stwierdzono prócz paciorkowców i inne drobnoustroje.

3. Trzecie spostrzeżenie. 18-letnia panna poddała się manipulacyom dla spędzenia płodu, uważając się za ciężarną. Cięży nie było wcale. Wskutek zbrodniczych manipulacji akuszerki powstało ropne obustronne zapalenie przydatków. Chorą przywieziono do szpitala w stanie bardzo groźnym. Po 8 tygodniowem leczeniu szpital opuściła wyleczona.

4. Czwarte spostrzeżenie. 20-letnia wieloródka, latem 1906 r. przechodziła zapalenie opłucnej. Ostatni peryod 1 go listopada. Gdy w grudniu peryod nie zjawił się, akuszerka robiła wstrzykiwania do wnętrza szyi macicznej przy pomocy szprycy. Wstrzykiwania te akuszerka powtarzała codziennie przez kilka dni, krew jednak nie ukazała się. 12 grudnia bóle, dreszcze, napięcie brzucha, dnia 31 grudnia chora wstąpiła do szpitala, i zmarła tamże dnia 15 lutego 1907 r. wskutek wytworzenia się ropnia śródotrzewnowego. Dnia 1 stycznia dokonano tylnej kolpotomii, i wypuszczono około litra ropy. Już dnia 9 stycznia z rany wylewał się kał. Chora zmarła wskutek infekcyi wśród objawów charłactwa. Infekcyja mogła w tym przypadku nastąpić drogą naczyń chłonnych, albo też płyn, do macicy wstrzykiwany, mógł przedostać się do jamy brzusznej przez jajowód.

5. Barwell (Royal Med. and Surg. Society. Lancet, 1874, 31 Octob.). Młoda mężatka, aby zwolnić się od mniemanej ciąży, udała się do profesjonisty poroniarza, który wsunął jej zgłębnik gumowy do macicy. Ponieważ później, podczas oddawania stolca, zdawało jej się, że zgłębnik z macicy wyleci, tenże własnoręcznie głębiej wepchnęła. Gdy „opiekun“ jej przyszedł do niej, był przerażony zniknięciem zgłębnika! Po 3-ch miesiącach wystąpiły bóle w lewej nodze, w lewym udzie, a po roku utworzył się wielki ropień w lewym dole biodrowym. Dopiero teraz pacjentka wyznała wezwanemu lekarzowi zbrodnicze manipulacje swoje. Lekarz znalazł wtedy ropiejącą przetokę w okolicy lewego guza kulszowego. Zgłębnik wdrażał głęboko, po rozszerzeniu przetoki przez nacięcie wylało się

sporo ropy, lecz ciała obcego nie znaleziono. Po kilku dniach zaś udało się wymacać je zarówno od strony pochwy jak i odbytnicy, i wydobyto zgłębnik gumowy—corpus delicti—kulociągim. Prawdopodobnie, zgłębnik przebił ścianę macicy i wywołał w następstwie zapalenie dokołamaciczne otrzewnej miedniczej i ropień. Powyżej orificii interni uteri wymaczano na tylnej ścianie macicy bliznę poprzeczną, prawdopodobnie odpowiadającą miejscu przebicia. Zgłębnik przeleżał in situ 20 miesięcy. Wyzdrowienie.

6. Brindeau i Chirié (patrz Percheval l. c.), 46-letnia kobieta urodziła trzy razy pomyślnie. Ostatni peryod 10 maja. 13 sierpnia 1909 r. sprowadzono ją do kliniki Bara—po 10-dniowym krwawieniu. Kobieta sądziła, że jest w ciąży. Lekarz, wezwany do niej, sądząc, że w jamie macicy są resztki łożyska, przepłukał jamę macicy. Ponieważ stan chorej nie poprawiał się, kazał ją przewieźć do kliniki. Gorączka, podrażnienie otrzewnej. Przypuszczano manipulacje zbrodnicze. Chora wtedy przyznała się, że jakaś kobieta zrobiła jej kilka wstrzykiwań roztworu mydła do macicy balonem gumowym o kance kostnej, później zaś—wstrzykiwania roztworu soli. Już następnego dnia wystąpiły bóle, dreszcze, oraz krwawienie. Zapalenie otrzewnej. Brindeau wykonał, aby matkę trojga dzieci uratować, pochwową ekstirpację macicy, przyczem z jamy brzusznej wylało się sporo ropy. Operacja była trudna z powodu unieruchomienia macicy. Wyzdrowienie, lecz w trakcie zdrowienia utworzyła się przetoka odbytniczopochwowa. Ani śladu ciąży w macicy nie było.

7. Brindeau (patrz Percheval, pg. 45). 23-letnia panna wstrzyknęła sobie w 6 godzin po daremnie oczekiwanym peryodzie roztwór sublimatu do macicy. Silne kolki zwalczono morfiną. Po 2 dniach peryod się zjawiał. Cała sprawa zakończyła się wyzdrowieniem.

8. Bumm (Hufelandsche Gesellschaft 8. XII. 1900 — patrz Siegwart, l. c.). 27-letnia niezamężna nullipara po zatrzymaniu się jednorazowym peryodu pragnęła usunąć ciążę. Po sondowaniu macicy wstrzyknięto do jamy roztwór lyzolu. Wystąpiło krwawienie, i po 3 dniach chora udała się do lekarza. Lekarz w mniemaniu, że ma do czynienia cum abortu incompleto, rozszerzył macicę, aby ją opróżnić, przy tem jednak przebił ścianę

macicy w samym jej dniu. Widocznie uważał ciało małej macicy za szyję i, chcąc rozszerzyć orificium internum—jak mu się zdawało—bardzo ciasne, popchnął dylatator bardzo silnie, czego wynikiem była perforacja macicy. Po takim, jakoby, rozszerzeniu szyi wprowadził korncang, aby jaje wydobyć, zamiast jaja jednak wydobyl pętlę kiszki cienkiej. Przewiół teraz kobietę do kliniki Bumma. Bumm znalazł in vulva sinawoczarnawą pętlę kiszki i dokonał natychmiast cięcia brzucha. Kiszka cienka na przestrzeni 60 cm. była oderwana od mesenterium. Mesenterium było ściągnięte aż do miejsca perforacji macicy. Bumm musiał rozszerzyć ciasny otwór perforacyjny, aby ową pętlę kiszki do jamy brzusznej wciągnąć (po co?). Jama macicy okazała się próżną. Ranę macicy zaszyto, kiszkę zrezekowano, ranę krezki pokryto otrzewną. Macicę w silnej antefleksyi wszyto do dolnego kąta rany brzusznej i odseparowano od wolnej jamy brzusznej przez zastosowanie rodzaju czepka otrzewnowego. Założono nareszcie sączek dla ostrożności. Wyzdrowienie.

9. Cathala (patrz Percheval, l. c.). W r. 1906 przyjęto do kliniki Tarniera 41-letnią kwiaciarkę, która raz poroniła, następnie dwoje dzieci urodziła. Oczekując daremnie od dni 8 peryodu—manipulacye, aby peryod wywołać! Krwawienie, wymioty. Stan coraz to gorszy, nareszcie lekarz, wezwany do chorej, skierował ją do Maison Dubois z rozpoznaniem retroversio uteri gravidi. 31 sierpnia odesłano chorą stąd do kliniki Tarniera, gdzie po 3 dniach zmarła przy ciepłocie $+42,0^{\circ}$ C!!! in statu comatis—stosowano poprzednio bardzo wiele morfiny. Nekropsya ujawniła zapalenie otrzewnej i pyosalpinx sinistra bez ciąży jakiegokolwiek.

10. Coudert (patrz Percheval). 23-letnia kobieta, oczekując daremnie peryodu już od dni 8, poddała się manipulacyom, aby peryod wywołać. Wsunięto jej do macicy szpilkę od włósów, wyprostowaną poprzednio, i jeden koniec haczykowato zagięto. Nastąpiło silne krwawienie. Ponieważ ani sama kobieta, ani wezwany następnie lekarz szpilki z macicy wyciągnąć nie byli w stanie, przewieziono chorą do szpitala Tenon. 28 czerwca pomimo ściągania warg macicznych ku dołowi nie udało się szpilki wydobyć, ponieważ, jak się później pokazało, górny koniec jej został haczykowato ku dołowi zagięty przed owemi

manipulacjami zbrodniczymi. Koniec ten haczykowany wdrażył w mięsz ściany macicznej, pociągając więc za dolny koniec szpilki, haczyk coraz to więcej wbijano w ścianę maciczną. Nareszcie udało się szpilkę uwolnić przy pomocy popchnięcia jej ku górze i zastosowania ruchów rotacyjnych. Wyzdrowienie bez komplikacji. (Autor podaje in effigie szpilkę od włosów, w tym przypadku zastosowaną. Spostrzeżenie zupełnie analogiczne wielu innym, np. spostrzeżeniu Wernitza, z tą jednak różnicą, że w przypadku Wernitza istniała dwumiesięczna ciąża, tutaj jednak ciąży nie było żadnej).

11. Demelin (patrz Percheval, l. c.). Akuszerka, uważając się za ciężarną, dokonała własnoręcznie manipulacji, aby poronić. D. skonstatował ostre otrucie sublimatem oraz podrażnienie otrzewnej. Młody lekarz, poprzehnio wezwany, sądził, że ma do czynienia cum abortu incompleto, i dla udostępnienia sobie jamy macicznej założył balon gumowy do macicy. Demelin kazał przewieźć chorą do kliniki Tarniera, gdzie wkrótce zmarła. Sekcja zwłok sądowa ujawniła perforację macicy podczas manipulacji zbrodniczych, oraz zatrucie sublimatem. Cięży nie było wcale.

12. Doleris (patrz Percheval). Pelviperitonitis acuta u neuropatycznej osoby o zatrzymaniu peryodu. Laparotomia. Wyzdrowienie. Jakie manipulacje wywołały zapalenie otrzewnej, o tem nic nie powiedziano.

13. J. Henry Dowd (Komunikat listowny z dnia 2 marca 1912 r. z Buffalo). Kobieta pewna wskutek przerwania peryodów udała się do poroniarza, który powiedział jej, że jest w ciąży i dla wywołania poronienia kilkakrotnie zgłębnik do macicy wprowadzał. Ponieważ poronienie nie nastąpiło, udała się do Dowda, który ciąży nie znalazł i, wobec podejrzenia na luetyczne pochodzenie amenorrhoeae, zalecił Kali jodatum, oraz frykcyę. Po 2 tygodniach peryod się zjawił.

14. Fieux (patrz Percheval, l. c.). Ostre zapalenie otrzewnej po manipulacjach zbrodniczych dla wywołania peryodu u kobiety lat 47, która raz jeden tylko urodziła 22 lat temu i obecnie przeleżała się niespodziewanego zatrzymania peryodu, tem bardziej, że i piersi nabrzmiwały. 12 grudnia wstrzyknęła sobie do macicy rozczyn mydła przy pomocy irygatora oraz kanki, dla lawatyw używanej. Natychmiast bóle oraz następcza

zapaść! Fieux, wezwany 3-go dnia, zastał chorą w stanie rozpaczliwym. Bolesność brzucha była taka, że ani mowy nie mogło być o badaniu chorej dokładnie. Ponieważ Fieux znalazł cavum Douglasii wypełnione, miał zamiar dokonać tylnej kolpotomii i chorą kazał przewieźć do kliniki. Chorą przywieziono dopiero następnego dnia, gdy na operację było już zapóźno — chora zmarła w cztery godziny po przybyciu do kliniki. Nekropsya ujawniła ostre peritonitis ogólne, kilka łyżek ropy w jamie brzusznej. Macica nie ciężarna. Nie znaleziono ani śladu jakiegokolwiek urazu, a więc — przypuszczano, że płyn, do macicy wstrzykiwany, musiał dostać się do jamy brzusznej.

15. Frantzen (*Petersburger Med. Wochenschrift*, 1910, № 20, pg. 290). Akuszerka wsunęła w celu usunięcia domniemanej ciąży u osoby ze sfer zamożnych zgłębnik do macicy. Tenże perforował ścianę macicy, i dostał się do jamy brzusznej. F. wymacał zgłębnik, leżący poprzecznie w jamie dużej miednicy nad macicą. Dnia następnego po wprowadzeniu zgłębnika do macicy przy ciepłocie $+38^{\circ}\text{C}$. dokonano tylnej kolpotomii i zgłębnik palcem, haczykowato zagiętym, wyciągnięto. Włożono do zatoki Douglasa sącdek z gazy jodoformowej. Wyzdrowienie.

16. Fromm (Komunikat listowny z dnia 1 lutego 1912 r.). Kobieta, lat 45, po 8-tygodniowym zatrzymaniu peryodu zgłosiła się do F. z zapytaniem, czy jest w stanie odmiennym? F. znalazł macicę klimakteryczną, w tyłozgięciu, oraz w tylnem sklepieniu dziurę o poszarpanych nierównych brzegach. Perforacya ta nie była jednak drażąca do jamy brzusznej, a rana dochodziła tylko do otrzewnej. Chora przyznała się po początkowych różnych kłamstwach, że, pragnąc usunąć mniemaną ciążę, wskutek rady przyjaciółki chciała wstrzyknąć sobie do macicy rozczyn mydła. Miała przykucnąć nad lusterkiem i tak długo nadymać się, aż w szparze sromowej ujawni się jakieś ciało sinawe (szyja maciczna), następnie do otworu jej miała wprowadzić kankę szprycy. Ponieważ macica leżała in retroflexione, szyja jej w szparze sromowej zjawić się nie mogła, a manipulacya skończyła się na przerwaniu nie drażącym tylnego sklepienia pochwy. Wyzdrowienie. Ciąży nie było wcale.

17. Gronau (*Ueber artificielle Blasenverletzung bei tentamen abortus provocandi*. Gesellschaft fuer Gynaekologie in

Dresden, 18 Mai, 1911.—Zentr. f. Gyn.). 33-letnia kobieta przywieziona została w stanie zapaści do drezdeńskiej kliniki z rozpoznaniem krwotoku w ciąży pozamacicznej. Dokonano natychmiast laparotomii bez badania dwuręcznego. Jama brzuszna okazała się normalna, żadnej ciąży pozamacicznej nie było, ani też krwi w jamie brzusznej nie znaleziono. Nie wykryto żadnej przyczyny owej zapaści. Stan chorej poprawił się, lecz po 5 dniach wystąpiła gorączka, zjawilo się zapalenie pęcherza moczowego. 16 dnia wymacano infiltrat pomiędzy macicą i pęcherzem, znaleziono dziurę w przednim sklepieniu pochwy, oraz drugą mniejszą w ścianie pochwy tuż nad ujściem. 19-go dnia nagle mocz zaczął wypływać per vaginam, powstała ogromna przetoka pęcherzowopochwowa na drodze zgorzeli septi vesicovaginalis, nastąpiło w nocy nagle silne krwawienie z brzegu jednego przetoki, i śmierć na 31 dzień po owej niepotrzebnie dokonanej laparotomii. Nekropsya ujawniła wielki prawostronny ropień w miednicy, pyelitis dextra, nekrotyczny defekt ściany pęcherza moczowego i t. d. Ciąży nie było. Mąż chorej przyznał się później, że jakiś partacz wstrzyknął żonie, aby przerwać ciążę mniemaną, do macicy jakiś płyn zielonkowaty. Przy manipulacyi tej partacz ów przebił przednie sklepienie pochwy i płyn wstrzyknął nie do macicy, a do tkanki łącznej pomiędzy macicą a pęcherzem. W następstwie powstała owa zgorzel tkanek i śmierć.

18. Guëniot. (patrz Percheval, l. c.). 32-letnia kobieta urodziła jedno dziecko, następnie 6 razy poroniła sztucznie. Ostatni peryod od 4—7 października. 11 listopada jakiś lekarz dokonał zbrodniczych manipulacyi, aby mniemaną ciążę usunąć, poczem chora zaraz zaczęła krwawić. 14 listopada wymioty, silne bóle, $+40,0^{\circ}$ C. 16-go przewieziono chorą do kliniki Tarniera. Lód, opium i t. d. 27 stwierdzono chełbotanie in cavo Douglasii, i dla opróżnienia ropy nacięto tylne sklepienie pochwy. Zamiast ropy wylała się krew. Infiltrat lewostronny. Sączkowano sączkiem gumowym. Wystąpiła przetoka kałowa, lecz nastąpiło wyzdrowienie. Rozpoznano haematocele, wskutek manipulacyi powstałe, oraz dawny zapalny infiltrat prawostronny, który i nadal pozostał.

18. Guinard. („Exfoliation complète de la muqueuse vesicale“. Soc. de Chirurgie, 2 Déc., 1908.—Gazette des Hôpitaux.

Vol. LXXXI, p. 1688). Panna, w celu usunięcia mniemanej ciąży, wstrzyknęła sobie 500 gr. rozczyntu soli kuchennej, a potem litr octu do pęcherza moczowego, zamiast, jak jej poradzono, do macicy, myląc się w topografii. Gorączka, krwawienie, nekroza całej śluzówki pęcherzowej, wyzdrowienie.

20. Josef Halban. („Zur Kasuistik der Uterusperforationen“. Zentr. f. Gyn., 1912, № 16, pg. 504). II para o zadawnionej gruźlicy przydatków macicznych. Jajnik lewy wielkości jabłka wzięto za ciężarną macicę — pewien lekarz chciał dokonać opróżnienia macicy ciężarnej i dokonał na razie rozszerzenia szyi macicznej rozszerzadłem Hegara, następnie wszedł do macicy kleszczykami łyżeczkowymi. Po upływie 24 godzin przywieziono chorą do kliniki Halbana z objawami zapalenia otrzewnej. Przy cięciu brzuszkiem znaleziono w jamie brzusznej sporo ropy, oraz przebicie przedniej ściany macicy. Wycięto macicę oraz przydatki. Po kilku dniach śmierć ex peritonitide diffusa wskutek przedziurawienia macicy. Ciąży wcale nie było.

21. Jeannin (patrz Percheval, l. c.). 25-letnia demimonówka — nullipara — w lipcu 1907 r. wobec 6-tygodniowego zatrzymania się peryodu poddała się dwa dni temu manipulacyom, aby poronić. Jakie one były, o tem mówić nie chciała. Lekarz wezwany zastał obraz gorączki tyfoidalnej, którą jednak serodyagnostyka wyłączyła. Przy leczeniu objawowem poprawa nastąpiła wkrótce i pacjentka wyzdrowiała, po 2 tygodniach zjawił się peryod. Ciąży nie było wcale.

22. (ibidem). W lutym 1909 r. wezwano J. do 28-letniej nulliparae. Bóle, dreszcze, $+40,0^{\circ}$ C. Wskutek 6-tygodniowego zatrzymania peryodu osobie tej akuszerka dwa dni temu wstrzyknęła do macicy przegotowaną wodę. Lód na brzuch, gorące wstrzykiwania pochwowe. Wyzdrowienie. Ciąży nie było wcale.

23. Kemperdieck. („Bauchschnitt wegen einer in die weiblichen Genitalien eingefuehrten Gaensefeder“. Deutsche Med. Wochenschrift, 1881, № 5). Młoda wdowa, w celu usunięcia mniemanej ciąży, wsunęła sobie gęsie pióro do macicy, lecz wydostać go z powrotem już nie mogła. Po 8 dniach wzdęcie brzucha i bóle, stłumienie opukowe na lewej stronie od spojenia łonowego do łuku żebrowego. Macica bolesna przy dotyku, kontury jej dna nie wymacalne, ujście rozwarłe. Włożono

gąbkę prasowaną do szyi macicznej, a po 2 godzinach wprowadzono srebrny cewnik. Nagle cewnik wdążył na głębokość 24 cm. — licząc od ujścia pochwy, w głębi cewnik natrafił na jakiś opór, być może — poszukiwane ciało obce. Po wyciągnięciu cewnika z macicy wylało się sporo cuchnącej posoki. Dokonano więc cięcia brzucha. Kiszki posklejane między sobą i ze ścianą brzuszną, macica bez osobliwości, nie powiększona. Powyżej wzgórka znaleziono leżące w poprzek gęsie pióro 19 cm. długości. Ropna wypocina. Po dokonaniu toalety i włożeniu sączka zamknięto ranę brzuszną. Już po upływie kilku godzin sączka przepłukać nie można było i chora zmarła w nocy po operacji. Nekropsya ujawniła szeroką dziurę w lewym szerokim więzie macicznym. Wycięto macicę wraz z przydatkami. W dnie macicy znaleziono drążącą do jamy macicznej dziurę 3 cm. szerokości, oraz drugą mniejszą, cokolwiek ku tyłowi i na prawo od pierwszej. Jama macicy próżna. K. przypuszcza, że nie sama pacjentka, a obca ręka pióro gęsie do jamy brzusznej wepchnęła.

24. Lance (Soc. de Chirurgie. 10 Mars, 1911), dokonał cięcia brzucha przy rozpoznaniu pęknięcia ciężarnego jajowodu, operacja natomiast wyłączyła obecność ciąży pozamacicznej, a ujawniła tylko rozdarcie jednego jajowodu urazowego pochodzenia. Operowana później przyznała się, że, pragnąc usunąć domniemaną ciążę, wprowadziła sobie do pochwy drut do robienia pończoch. Igłą tą przebiła sobie tylne sklepienie pochwy, oraz wywołała uraz prawidłowego jajowodu. (L'Obstétrique, Juillet, 1911, p. 723).

25. Lelorier (patrz Percheval, l. c.). 27-letnia kobieta o 2-miesięcznem zatrzymaniu peryodu. Przyjaciółka wstrzyknęła rozczyn sublimatu do macicy, po czem wystąpiły objawy gastroenteryczne. Zawieziono wtedy chorą do szpitala dnia 9 czerwca. Objawy otrucia sublimatem, coraz jaskrawsze. Dnia 20 czerwca krwawienie z nosa, z ust, ex ano, oraz ex vagina, ex vesica. 4 lipca śmierć z zatrucia. Ciąży żadnej nie było.

26. L. v. Lingen („Zur Kasuistik der Fremdkoerper in der Bauchhoehle“. Petersb. Medicin. Wochenschrift, 1910, № 20, pg. 289). 36-letnią pacjentkę skierowano do kliniki dla dokonania owaryotomii. Chora, II—para, o miesięczce regularnej zauważyła na wiosnę 1909 r., że objętość brzucha jej rośnie—obe-

nie od 3 miesięcy miewa bóle i dreszcze. Wymacano guz w jamie brzusznej, a na szczycie guza jakiś otwór wielkości pięści, bolesny przy dotyku. Przy laparotomii wydobyto torbielak jajnika; na szczycie guza znaleziono jakieś zrosty pomiędzy pętlami kiszek, ścianą guza, oraz otrzewną ścienną. Po rozdzieleniu zrostów znaleziono jakieś ciało czarne podłużne — ułamek gumowego cewnika. Ciało to obce leżało w rodzaju jamy, ze zrostów powstałej. Wolny koniec cewnika był skierowany ku ścianie кишки cienkiej, której powłoka surowicza już częściowo była zniszczona. Defekt ten pokryto otrzewną. Torbielak jajnika miał trzykrotnie skręconą szypułę. Wyzdrowienie. Dopiero po operacji chora przyznała się, że, widząc, że brzuch rośnie, obawiała się ciąży i dlatego udała się do akuszerki, która odrazu ciążę rozpoznała. Co akuszerka robiła u niej, o tem chora mówić nie chce, wypada więc przypuszczać, że akuszerka w celu usunięcia ciąży ciało obce do jamy brzusznej wsunęła, przebijając tylne sklepienie pochwowe. Temu przypuszczeniu odpowiadało też, że sub operatione całe cavum Douglasii okazało się obliterowane wskutek sprawy zapalnej. Nie wiele już brakowało, by sonda była perforowała ścianę кишки. *).

*) v. Lingen w tejże pracy cytuje aż 13 spostrzeżeń wdrażenia zgłębnika gumowego do jamy brzusznej przy manipulacjach zbrodniczych dla usunięcia ciąży. Po jednym spostrzeżeniu opisali Jakobsen i Pawłow, cztery Olenin, dwa v. Wasten, po jednym Barendrecht, Weibel, Perl, Ranzi. 4 z tych spostrzeżeń pochodzą z piśmiennictwa niemieckiego, a 9 z kazuistyki ruskiej. 11 razy trzeba było ciało obce usunąć drogą operacyjną, 6 razy przez laparotomię, 5 razy przez tylną kolpotomię. Wszystkie kobiety, wyzdrowiały, raz jeden cewnik gumowy wydzielony został na zewnątrz na drodze ropnia kroczonego, raz jeden nie podano żadnych szczegółów. Najkrótszy pobyt ciała obcego w jamie brzusznej trwał dwie doby, najdłuższy trzy miesiące. Zwykle ciało obce znajdowano w jamie, powstałej na drodze otorbieniał przez zrosty pomiędzy кишkami, siecią, macicą, ścianą brzuszną i t. d. An razu nie przyszło do perforacji kiszek. Ponieważ w przypadkach, przytoczonych przez v. Lingena, przeważnie istniała ciąża, a przynajmniej nie notowano wyraźnie, że ciąży nie było, więc tych przypadków do kazuistyki dziś przezemnie zestawionej nie zaliczam, a przytaczam je tylko, aby zaznaczyć częstość przypadków wdrażenia sondy gumowej do jamy brzusznej po wprowadzeniu jej do ustroju płciowego kobiety.

Okinczyc (Mon. f. Geb. u. Gyn. Dezem. 1911, pg. 723), podaje 2 przypadki zgłębnika z jamy brzusznej po tentamen abortus (trwa 5 miesięcy po rozpoznaniu).

27. Lisfranc (Clinique de la Pitié, Tome III). Kobieta, pragnąc usunąć mniemaną 3 miesięczną ciążę, wsunęła sobie do macicy gumowy zgłębnik — przytem tenże złamał się w odstępie 5 cm. od przedniego górnego końca. Wskutek wystąpienia zapalnych objawów wezwano L., który na razie ciała obcego znaleźć nie mógł, a dopiero po wprowadzeniu zgłębnika metalowego do macicy natrafił na owo ciało obce w macicy, które następnie kulociągami wydobyl przy umiarkowanym krwawieniu. Wyzdrowienie bez powikłań.

28. Rajko Markowic, w Semlinie praktykujący, opisał spo-

Wasten (Referat. Mon. f. Geb. u. Gyn. Dezem. 1911, pg. 735), przy laparotomii, z powodu guza dokonanej u 31-letniej kobiety, od 2 miesięcy chorej, znalazł, że guzem był zwój sieci, wśród którego leżała otorbiona sonda. Rezekcyja, wyzdrowienie. W drugim przypadku u 35-letniej kobiety powstał guz w jamie brzusznej z tygodnie jakoby temu. Guz był zlepek sieci, jednej pętli kiszkiowej i ściany brzusznej, wytworzony dokoła sondy. Jeden koniec sondy wdążył już do kiszki. Rezekcyja, wyzdrowienie.

Lindenthal dnia 12 grudnia 1911 r. w Wiedeńskim Towarzystwie ginekologiczno-łożniczem opowiedział spostrzeżenie następujące (Zentralblatt für Gynaekologie, 1912, № 20, pg. 652): Lekarz, aby wywołać poronienie, wprowadził do macicy nawpół sztywny mersierowski cewnik gumowy pomiędzy 8 a 10 tygodniem ciąży, i, aby cewnik nie wsunął się, pochwę wytamponował. Ponieważ po 24 godzinach cewnika już znaleźć nie mógł, wezwał Politzera. Politzer, badając sub narcosi, znalazł macicę swobodnie ruchomą, ustalił zatem, że cewnik musiał wdążyć do jamy brzusznej i zaraz dokonał laparotomii. Cewnik znalazł w jamie brzusznej, otwór zaś perforacyjny macicy znalazł tylko z wielkim trudem, ponieważ macica skurczyła się tak, że otwór miał zaledwie wielkość łąpka od szpilki. Ponieważ minęła już cała doba bez najmniejszego odczynu, brzuch zamknięto. Wyzdrowienie.

Profesor Schauta zakomunikował mi dnia 3 czerwca 1912 r. listownie spostrzeżenie oryginalnej wędrówki szklanego cewnika. Pewna kobieta kilkakrotnie była leczona w klinice jego, i to zawsze z powodu jakichś ropni. W roku 1900 przecięto od strony pochwy pozamaciczny ropień. Ponieważ jama ropnia nie obliterowała, w marcu 1901 r. przez dłuższy czas leczono ją przepłukiwaniami. Jesienią 1901 r. wycięto macicę wraz ze zropiałymi przydatkami per vaginam. W latach 1902 i 1903 kilkakrotnie przecinano ropnie przedniej ściany brzusznej. W styczniu 1905 r. utworzył się ponownie ropień, tym razem powyżej crista ossis ilei dextra, ropień pękł, a z tego wydobyto szklany cewnik. Teraz dopiero nastąpiło wyleczenie dościsłe. Schauta przypuszcza, że kobieta ów cewnik szklany nosiła w ustroju swoim przez całe 5 lat i obecność cewnika była przyczyną wszystkich wymienionych powyżej ropni. Przy jakiej okazji cewnik wdążył do ustroju,

strzeżenie następujące w Zentr. f. Gyn. 1912, 1911, № 48, pg. 1642. „Seltner Ausgang einer versuchten Fruchtabtreibung“. 42-letnia wieloródka, 8 dni temu, obawiając się niepożądaną ciąży, wpackowała sobie do macicy cewnik gumowy, czyli wsuwała, i od tego czasu pozostawała w łóżku, opuszczając je tylko, gdy miała potrzebę wypróżnienia. Codziennie ona cewnik głębiej wsuwała w obawie, że wyleci. Od 2 dni cewnik przepadł, ale wystąpiła gorączka, oraz nieznaczne krwawienie. Peeryodu nie było przez dwa miesiące. $+39,0^{\circ}$ C. Tętno 90. M. znalazł macicę lekko powiększoną, umiarkowane krwawie-

nie wiadomo, Schauta przypuszcza, że dostał się przy tentamen abortus provocandi do macicy, a stamtąd dalej.

W roku 1897 ogłosiłem w druku po niemiecku obszerną pracę pod tytułem „Die Fremdkoerper des Uterus. Zusammenstellung von 550 Beobachtungen aus der Literatur und Praxis“. Z pierwszego rozdziału tej pracy przytaczam w tem miejscu kilka spostrzeżeń, mających pewne znaczenie dla studyum kazuistyki nas dziś zajmującej.

Ruillier (Archives générales de Méd. 1823, 1-ère annes pg. 147), W nocy wezwano do chorej doktora Crouzit wskutek krwawienia. Już zastosowano kilkakrotny upust krwi, lecz daremnie. Krwawienie z macicy nie zatrzymało się. Nareszcie zdecydowano się na wprowadzenie do macicy tak zwanej aiguille a seton, lecz nie udało się następnie igły wydobyć. Niefortunny operator zapewnił pacjentkę swoją niezamężną, że igła wyjdzie wraz z płodem z macicy, i uciekł. Gdy Crouzit przybył, trzymiesięczny płód już się urodził, lecz łożysko, błony, i igła pozostały w macicy. Po 2-ch dniach łożysko wyszło sponte. Gorączka, zakażenie. Po 2 dniach bóle nad jedną pachwiną. 35-go dnia powstało w tem miejscu wygórowanie i ropień, który nareszcie 66-go dnia pękł, sama pacjentka wtedy z otworu ropnia wyciągnęła igłę długości 6 cali, taką, jak za owych czasów używano dla zakładania setonów podskórnie. Wyzdrowienie.

Froriep opisuje również samowolne wydzielenie się igły, do macicy wprowadzonej przez ropień, powstały po kilku tygodniach nad jedną pachwiną. Wyzdrowienie.

Winogradow. („Laparotomia z rzadkiej przyczyny dokonana“. Ruskaja Medicina, 1888, № 21). Kobieta w 8 miesiącu ciąży nie chciała mężowi pozwolić na stosunek. Mąż rozwścieczony ze złości wepchnął jej do pochwy przyrząd, używany przez cieśli dla wymiarów. Nastąpiło krwawienie silne i po 12 godzinach partus praematurus. Po 13 dniach rana w sklepieniu pochwy okazała się zagojoną, można było wtedy wymacać przez pochwę ciało obce w jamie brzusznej. Winogradow dokonał laparotomii i wydobyl corpus alienum, na dwie części złamane, które złożone razem dały 22 cm. długości. Jeden koniec był kałem pokryty, więc musiał tkwić w kiszce. Wyzdrowienie.

nie, nigdzie poszukiwanego corpus alienum nie wymacał, powiedział więc chorej, że, prawdopodobnie, cewnik ów przy oddawaniu stolca wyleciał z macicy. Dowodów ciąży nie znalazł, wobec jednak krwawienia, oraz gorączki, na wszelki przypadek chciał macicę zrewidować. Laminaria, później rozszerzenie bużami Hegara. Palec, do macicy wprowadzony, znalazł gładkie ściany macicy bez śladu jakiegóż zawartości obcej, bez śladu ciąży. Gorączka po kilku dniach zginęła, krwawienie ustało, kobieta pojechała do domu, i powróciła do swego zajęcia. Po upływie 3 miesięcy zgłosiła się ponownie wskutek

Poulet. (*Traité des corps étrangers en chirurgie*. Paris, 1879, pg. 619). 28-letnia kobieta była właśnie zajęta wprowadzeniem sobie jakoby propter dysuriam do pochwy pędzla malarskiego o rękojeści z drzewa cedrowego, gdy nagle ktoś wszedł do pokoju. Aby ukryć swoje manewry, usiadła ona na najbliższym stojącym krześle, przyczem pędzel, perforując tylne sklepienie, pochwy, wdrążył do jamy brzusznej. Nagły ból, wezwany lekarz nie mógł ciała obcego znaleźć. Krwotoku wewnętrznego nie było, lecz wystąpiła peritonitis adhaesiva, która ciało obce otorbiła. Od czasu do czasu powtarzały się ataki peritonitis. Gdy nareszcie po 8 miesiącach wezwano dr. Erichsen, gruby koniec pędzla leżał in excavatione ossis sacri, koniec patyka wytlaczał powłoki skórne brzucha na zewnątrz pomiędzy pępkiem a ligamentum Poupartii. Asystent per rectum cisnął na pędzel w kierunku ku przodowi. Erichsen naciął powłoki brzuszne nad sterczącem ciałem obcem, i wy dobył ciało obce, kałem posmarowane — 5 i pół cala długa rękojeść pędzla malarskiego o kulce ołowianej na końcu wolnym. Po 4 dniach chora zmarła wskutek peritonitis. Znaleziono przy sekcji podwójną perforację dwu pęteli kiszkowych i bliżnę in cavo Douglasii po przebicciu jego ciałem obcem.

Poulet opisuje wdrążenie drutu do robienia pończoch do jamy brzusznej przez tylne sklepienie pochwy u 28-letniej niemowy. Chorą sprowadzono do szpitala wskutek ropnia pomiędzy spojeniem łonowem a pępkiem. Po nacięciu ropnia wydobyto z niego ów drut. W tylnem sklepieniu pochwy wymacano bliżnę. Wyzdrowienie.

Rochet (*Corps étranger du cul de sac de Douglas*. Bulletin de la Société Belge de Gyn. et d'Obstétrique, 1896, № 10, d. 206). Trzy miesiące po tentamen abortus provocandi skonstatowano retroversio uteri fixata oraz obustronne zapalenie przydatków. Exstirpatio vaginalis uteri. Przy operacyi in cavo Douglasii znaleziono sondę gumową № 7, ongi przez akuszerkę do macicy wprowadzoną. Ponieważ na preparacie nie znaleziono nigdzie bliżny, autor przypuszcza, że sonda wdrążyła do jamy brzusznej przez jeden z jajowodów (?).

Zuhmeister (*Schmidts Jahrbücher*). Ciężarna kobieta, aby poronić, wbiła sobie do macicy gałązkę twardą 6 cali długości. Ciało obce przeleżało w jamie brzusznej 5 miesięcy i nareszcie sponte wyszło per rectum.

jakiegoś bólu nieokreślonego w okolicy prawej nerki. Peryod był już raz. M. nie znalazł nic patologicznego, również analiza moczu nie ujawniła nic nieprawidłowego. Po 3 miesiącach chora ponownie zjawiła się, tym razem narzekając na jakiś ropny wypływ z pochwy, którego dawniej nigdy nie miewała. M., badając per vaginam, wymacał jakieś wygórowanie w kształcie pagórka na prawej ścianie pochwy tuż powyżej jej ujścia, a na szczycie tego pagórka otvorek, z którego przy nacisku sączyła się ropa. Od owego pagórka ciągnął się ku górze infiltrat w ścianie pochwy grubości ołówka, wymacalny na długo-

Bandl (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 1889, № 33, pg. 604) demonstrował w Wiedniu kawał sondy, który przeleżał 6 lat in parametrio. Przy porodzie lekarz chciał perforować zarośnięte ujście macicy, sonda wtedy wdrążyła do parametrium, przy czym złamała się, ułamek pozostał w prawym parametrium. Gorączka, bóle przy chodzeniu i t. d. przez całe cztery lata, później dysuria, cystopyelitis, daremnie leczone. W roku 1887 lekarz, sądząc, że wymacuje ciało obce, naciął sklepienie pochwy, lecz daremnie szukał półtorej godziny ciała obcego. Po roku Bandl wymacał ciało obce i w położeniu chorej a la vache starał się je wydobyć, co się też udało po otwarciu zatoki Douglasa. Był to ułamek sondy żelaznej, półtora cala długości. Wyzdrowienie. Chrobak kilkakrotnie ciało obce wymacał, lecz usunięcie nie udało mu się.

Gill Wylie (*A case of abortion from the Self-insertion of a Six-and-a-half Inch Glass Rod into the Uterus, which later perforated the Uterus Necessitating Laparotomy, when the Rod was Found near the left kidney. Recovery. New-York Journal of Gynaecology and Obstetrics, Vol. I, November, April, 1892, pg. 359*). Cięża od 18 października 1891 r. 29 listopada ciężarna wprowadziła sobie własnoręcznie do macicy pręcik szklany grubości ołówka, długości 6 i pół cala. Wprowadzenie było trudne i wymagało siły, nagle pręcik wdrążył gdzieś wgłąb i przepadł. Ból, nagle powstały, prędko ustał, również i krwawienie. W nocy ból w prawym boku. Dnia 30 listopada wezwała lekarza, lecz ten pręcika nigdzie wymacać nie mógł. 9 stycznia 1892 r.—44 dni po wprowadzeniu pręcika do macicy—nastąpiło poronienie. Chora przeleżała 10 dni w łóżku, odczuwając nieznaczny ból w prawym boku, głównie, gdy chciała się w łóżku przewrócić. Dnia 22 stycznia wezwany do chorej dr. Wylie dokonał cięcia brzuszego i wy dobył ciało obce, które przeleżało w jamie brzusznej 55 dni bez wywołania poważniejszych uszkodzeń ustroju. Wyzdrowienie.

Wylie znalazł ciało obce in regione lumbali sinistra, a miejsce perforacji tam, gdzie lewy jajowód wdraża do macicy. Ponieważ sub operatione przy separowaniu zrostów wystąpił silny krwotok z lewego jajowodu, zmuszony był usunąć przydatki lewostronne.

ści 2—3 cm., ginący powyżej. Podejrzewając, czy czasem tutaj nie natrafi na ciało obce, poszukiwane poprzednio daremnie, M. otworek rozszerzył, i wydobyl z niego cewnik gumowy zeszywniały, długości 30 cm. Cewnik ten miał krzywiznę, odpowiadającą excavationi ossis sacri, i widocznie sięgał powyżej małej miednicy. Przy wyplukiwaniach rozczyntem Kalii hypermanganici nastąpiło wyzdrowienie zupełne. Chora jeszcze przez 8 miesięcy gorączkowała ex sepsi occulta, bez możliwości ujawnienia przyczyny gorączki, koniec końców — wyzdrowiała. Cięży wcale nie było. M. szukał swego czasu owego cewnika, i szukał tam, gdzie zwykle następują w podobnych przypadkach perforacye, lecz daremnie—droga, którą cewnik ten wdrążył do przestrzeni retroperitonealnej miednicy, rzeczywiście była niezwykła! Kobieta owa wbiła cobie cewnik do ściany pochwy prawej tuż ponad ujściem pochwy i, popychając go codziennie, wbiła go aż powyżej promontorium do miednicy, gdzie przele-

Nie mogę w tem miejscu nie wspomnieć o przypadku interesującym wędrowki ciała obcego po ustroju, które, wprawdzie, nie było cewnikiem gumowym, lecz obsadką od pióra. W 1900 r. zgłosiła się do mnie pewna panna, skarżąc się, że ma w brzuchu obsadkę od pióra. Badając chorą, stwierdziłem ciężę 3 miesięczną. Chora stanowczo przeczyła istnieniu ciąży, twierdząc, że nigdy stosunku z mężczyzną nie miała. Widząc, że kłamie, poprzestałem na powiedzeniu jej kilku słów prawdy za okłamywanie lekarza, a następnie rozpytywałem się o ową obsadkę. Niewiasta opowiedziała mi, że przypadkiem usiadła na materacu, w którym utkwiło pióro w obsadce. Gdy usiadła na materacu, jakoby patyk obsadki wdrążył do pochwy, a blaszka z piórem pozostała w materacu. W pochwie nie znalazłem ani ciała obcego, o którym mówiła chora, ani też śladu uszkodzenia ścian pochwy, blizny i t. p. Asystenci moi śmieli się z chorej, mówiąc, że jest histeryczką i t. p. Ja osobiście, znając piśmiennictwo, i wiedząc, jakie curiosa nie do uwierzenia kazuistyka zawiera, mówiłem im wtedy, że nie można każdego opowiadania chorej brać za fałsz i t. d. Podczas drugiej bytności chorej dowiedziałem się, że była ona już poprzednio u kol. Leśniowskiego oraz u Sawickiego, którzy obaj badali jej pęcherz wziernikiem pęcherzowym, szukając tam ciała obcego, lecz bez rezultatu. Ponieważ dalszy przebieg sprawy interesował mnie, powiedziałem chorej, aby co dwa tygodnie do mnie przychodziła dla kontroli, zapisując jej, ut fiat aliquid, jakieś słodkie krople. X. X. przychodziła stale, i nareszcie zjawiała się w bólach porodowych. Skierowałem ją natychmiast do przytułku kol. Szymańskiego, uprzedzając go o powyżej wymienionych szczegółach. Wieczorem zatelefonowano mi, na zapytanie, czy poród już nastąpił, że chorą z przytułku wypisano, ponieważ bóle porodowe ustały, mówiąc jej, aby wróciła, skoro

zał przeszło 3 miesiące, nie wywołując poważniejszych uszkodzeń, bólów, i t. d. Uderzające jest dalej, że cewnik ten nie wyjąłowany nie wywołał poważniejszych skutków ujemnych, prócz powyżej wyliczonych.

29. Maygrier (patrz Percheval, l. c.). U służącej, której akuszerka wprowadziła po 2-miesięcznym zatrzymaniu się peryodu sztywną sondę do macicy, powstało ogólne zapalenie otrzewnej. Chorą przewieziono do szpitala, lecz zmarła zaraz po przybyciu. Sekcja sądowa, ponieważ podejrzywano lekarza leczącego, że on wywołał poronienie. Ponieważ nie znaleziono ani śladu ciąży, skargę natychmiast cofnięto. Przyczyną śmierci było zakażenie przez septyczne manipulacje akuszerki.

30. Maygrier (ibidem). 20-letnia osoba przez 6 tygodni bez peryodu. Akuszerka, aby peryod wywołać, wstrzyknęła do macicy rozczyn kwasu borowego. Zaraz—bóle, wymioty, później—gorączka, krwawienie. Chorą przewieziono do szpitala, gdzie

bóle na dobre wystąpią. Już na ulicy bóle złapały pacjentkę moją, pojechała ona wtedy dorożką do kliniki położniczej, wówczas na ulicy Świętokrzyskiej mieszczącej się, i tam tegoż wieczora urodziła pomyślnie żywe dziecko. Po urodzeniu się dziecka akuszerka zauważyła, że w okolicy pępka powłoki brzuszne w niezwykle sposób wytłaczają się na zewnątrz. Przy obmacywaniu palcem czuło się w tem miejscu opór twardy. Skóra w tem miejscu była czerwona i bolesna. Chorą przewieziono do szpitala Dzieciątka Jezus do oddziału dr. Sawickiego, gdzie kol. Zaborowski naciął owo miejsce wygórowane i wyciągnął przez otwór zrobiony ową daremnie przeze mnie, Sawickiego i Leśniowskiego poszukiwaną obsadkę, która była powalana kałem, co dowodzi, że musiała przewędrować przez kiszkę. Otwór szybko zagoił się i cała rzecz minęła bez następstw dla pacjentki naszej, która z czelnością nas okłamywała co do ciąży, prawdę zaś mówiła co do obsadki, której niektórzy panowie nie chcieli wierzyć! W jaki sposób obsadka tam dostała się? Osobiście przypuszczam, że opowiadanie o tem, jakoby obsadka dostała się do ustroju przy siadaniu na materac, w którym jakoby obsadka tkwiła, było bajką, a że raczej dla spędzenia płodu patyk obsadki był wepchnięty do macicy, że przebił tylną ścianę szyi i dostał się do cavum Douglasii. W miarę powiększania się macicy unosiła ona obsadkę ku górze aż powyżej swego dna. Obsadka przeleżała tam przez całą ciążę, nie wyrządzając kobiecie żadnych dolegliwości i nareszcie samą siłą natury miała być wydalona z ustroju na drodze ropienia. Kol. Zaborowski, nacinając owo wygórowanie, przyspieszył to, do czego dążyła vis medicatrix naturae. Poród odbył się w czerwcu 1901 r. Obsadka miała 18 cm. długości i 7 mm. grubości. (Pam. Warsz. Tow. Lek. 1901 r., p. 385).

wyzdrowiała po różnych perypetyach z ciężką flegmoną. Przyczyną choroby był septyczny metryt, powstały wskutek manipulacji akuszerki u osoby wcale nie ciężarnej, aby wywołać poronienie.

31. Morestin. (Bulletin de la Soc. Anat. de Paris, 1893). 25-letnia mężatka wsunęła sobie dla przerwania mniemanej ciąży szpilkę od włosów do macicy, nie mogąc jej następnie wydobąć. Lekarzowi wtedy udało się po rozszerzeniu szyi wydobyc owo corpus alienum, 6 cm. długości, leżące kolankiem ku dołowi w jamie macicznej. Wyzdrowienie.

32. Okinczyc (Referat z Mon. f. Geb. u. Gyn. Dez. 1911, p. 723) opisał śmierć po przedziurawieniu macicy podczas wyskrobania w przypadku mniemanej ciąży. Po spostrzeżeniu przedziurawienia macicę od strony pochwy wycięto. Zapalenie otrzewnej. Śmierć.

33. Patru (patrz Percheval). 39-letnia multipara uważała się za ciężarną od 4 miesięcy. Macica mała, w prawem parametrium nacieczenie. Per rectum Patru wymacał jakieś ciało obce, które udało mu się wyciągnąć kulociągiem. Była to sonda gumowa półmiękka 21 cm. długości, skłębiona w kłębek 6—7 cm. szerokości, inkrustowana kałem. Jakaś akuszerka paryska 3 miesiące temu wpakowała sondę do macicy, aby wywołać poronienie. Zamiast płodu w następstwie z macicy wydzielala się tylko ropa. Obecnie chora zgłosiła się do lekarza wskutek bólów i dlatego, ponieważ sądziła, że ciąża dalej postępuje. Patru przypuszcza, że sonda wdążyła do parametrium, gdzie wywołała ropień i przebicie się sondy do światła odbytnicy. Wyzdrowienie. Ciąży nie było, peryod powrócił po 10 dniach po wydobyciu sondy.

34. Peukert („Fremdkoerper im Uterus“. Monats. f. Geb. u. Gyn. 1906. Bd. XXIII, pg. 420) wydobyl z macicy drzazgę drzewną $\frac{1}{2}$ cm. grubości, 10 cm. długości, wsuniętą do macicy w celu przerwania mniemanej ciąży. Wyzdrowienie.

35. Percheval. 26-letnia osoba, 33 dni po ostatniej miesiączce, kilka razy dziennie wstrzykiwała sobie rozczynek sublimatu do macicy, razem zużyła na ten cel 10 litrów rozczynek. Lekarz wezwany zastał ją w stanie beznadziejnym i kazał zaraz przewieźć do szpitala Charitè, gdzie po kilku godzinach zmarła przy wysokiej gorączce, niepokoju, merkuryalnym drzeniu koń-

czyn, gingivitis, paleniu w jamie ustnej, metalicznym smaku, nudnościach. Język był opuchnięty, śluzówka jamy ustnej wykazywała odbitki łuków zębowych. Nekropsya ujawniła owrzodzenia w jamie macicy, lecz bez ciąży.

36. Pollak („Fruchtabtreibungsversuch, ausgefuehrt am eignen Leibe von einer nicht schwangeren Person“. Der Amtsarzt, 1909, № 6). Kobieta w celu usunięcia domniemanej ciąży wbiła sobie przez tylne sklepienie pochwy szklaną kankę gumowego balonu, używanego do płukań pochwowych. Zejście śmiertelne. Sekcja ujawniła, że powietrze z balonu wdążyło pomiędzy listki jednego więzu szerokiego — znaleziono powietrze pod otrzewną miednicy, in lumine venae spermaticae internae sinistrae oraz w prawym przedsionku serca.

37. Rosenstein. (Monatschrift für Geb. u. Gyn., Mai, 1912, pg. 641). Młoda dziewczyna, obawiając się ciąży, wstrzyknęła sobie wodę do macicy. Natychmiast wystąpiły silne bóle brzuszne, i chora zemdląła. Wezwany do niej lekarz skierował ją do szpitala. Następnego dnia już stwierdzono ciężkie zapalenie otrzewnej z wysoką gorączką. Choroba trwała bardzo długo przy objawach ciężkiego zatrucia. Powstawały ropnie to tu, to tam, które otwierano. Kilka ropni opróżniło się do kiszki. W końcu powstał ropień „gazowy“, z którego wywiązała się przetoka kałowa. Chora opuściła szpital dopiero po 9 miesiącach, ale wyleczona.

Rosenstein opowiedział spostrzeżenie swoje w rozprawach nad pokazem Stumpfa 26 lutego 1912 r. we Wrocławskim Towarzystwie Ginekologicznem. Przytaczam demonstrację Stumpfa z powodu jej ważności dla zajmującej nas dziś sprawy. Kobieta, ponieważ już 3 miesiące peryodu nie miała, robiła sobie codziennie wstrzykiwanie do macicy przy pomocy tak zwanej „Mutterspritze“. Kilka godzin po ostatnim szprycowaniu dostała silnych bólów w brzuchu. Przywieziono ją do szpitala z objawami ostrego zapalenia otrzewnej, i dokonano laparotomii. Chora zmarła w 24 godzin po operacji. Przy operacji znaleziono osobliwego wyglądu białawe jakoby „okruszyny“ w brzuchu oraz obfity eksudat surowiczy mętnawy. Przy sekcji znaleziono peritonitis diffusa. Pochwa i szyja macicy były bez zmian. Śluzówka zaś ciała macicy była zmieniona w twardą, suchą, szarobiaławą masę bez zapachu, grubości 2—3 mm.

W takim samym stanie była śluzówka jajowodów aż do wolnych ich końców. Chemiczne badanie tej szarawej masy nie dało wyniku. Badanie mikroskopowe ujawniło, że makroskopowo tak bardzo zmieniona śluzówka nie wykazywała żadnych zmian badana drobnowidzem, ale tylko stwardnienie przez jakiś nieznaną środek wywołane, być może formalinę?

W głębszych warstwach śluzówki zauważono wyraźne oznaki jakoby początkującego demarkacyjnego zapalenia: hyperemię, deskwamację nabłonków gruczołowych. Płyn, do macicy wstrzyknięty, dostał się do jamy brzusznej a z nim patogeniczne zarazki. Najprawdopodobniej płyn, użyty do wstrzykiwań, był roztworem formaliny.

W dyskusyi Asch zaznaczył, iż Menge dowiódł, że przy wstrzykiwaniach do macicy zaraz płyn wylewa się z wolnych końców jajowodów. Tak objaśniają się perytonity, obserwowane po wstrzykiwaniu do macicy liquoris ferri sesquichlorati, roztworu cynki chlorati, sublimatu i t. d. Menge nawet widział wdrażanie wody do jamy brzusznej przez jajowody przy szprycowaniach pochwoowych, dokonywanych przy pomocy szprycy z obturatorem pochwowym w rodzaju przyrządu Pinkusa.

38. Roulland (patrz Percheval, l. c.). 21-letnia I—para. Gdy 8 sierpnia peryod nie zjawił się, osoba ta wprowadziła sobie do pochwy kościaną kankę, a potem głębiej ją wbiła. Bóle i krwawienie umiarkowane. 23 sierpnia wstrzyknęła sobie wodę z dodatkiem proszku musztardy, a później roztwór octu. Nacieczenie na prawym dole biodrowym. Doleris dokonał tylnej kolpotomii dnia 27 sierpnia, lecz nie znalazł ani krwi, ani ropy. Włożono sączek do cavum Douglasii. Wyzdrowienie.

39. Schauta. (Komunikat listowny z d. 25 stycznia 1912 r.). 40-letnia kobieta, od 9 miesięcy zamężna, miała ostatni peryod 26 maja 1907 r. Dnia 17 lipca dokonano usiłowań, aby ciężarną macicę opróżnić po włożeniu dnia poprzedniego laminaryi. Następnie rozszerzano rozszerzadłem Hegara, stosując numery aż do 15-go. Lekarz następnie użył kulociągu dla usunięcia jaja, zamiast jednak jaja wyciągnął z macicy kawałek jakby tłuszczu. Schauta, wezwany po 3 godzinach na naradę, stwierdził, że tłuszcz ten był to appendix epiploica, urwana od kiszki, i dokonał zaraz laparotomii. Na przedniej powierzchni macicy

znaleziono dziurę objętości halerza, a w niej tkwił pasek gazy, którym macicę tamponowano. Znalaziono dwukrotne przedziurawienie kiszki cienkiej, obnażenie kiszki grubej z powłoki surowiczej, oraz brak jednej appendix epiploica na tem miejscu. W jamie brzusznej kał i gazy. Rany kiszek zaszyto, macicę amputowano, pozostawiając przydatki. Jamę brzuszną wypłukano rozczyntem soli kuchennej. Macica okazała się nieciążarna. Kanał perforacyjny miał przebieg skośny, poczynając cokolwiek powyżej orificii uteri interni. Wyzdrowienie.

40. J. R. Schellenberger (Philadelphia) d. 9 marca 1912 r. zakomunikował mi piśmiennie spostrzeżenie następujące. Pewna pacjentka zjawiała się, aby się dowiedzieć, czy jest w ciąży. S. ciąży nie znalazł. Po miesiącu powtórnie żądała zbadania—znaleziono jakieś nacieczenie zapalne, wskutek czego wezwano chirurga. Chirurg rozpoznał raka. Chora wtedy udała się do jednego ze szpitali w Nowym Jorku, gdzie renomowany ginekolog dokonał laparotomii i stwierdził rozlany parametryt. Chora wyzdrowiała, i przyznała się w następstwie, że, czując się ciężarną wbrew zdaniu lekarza, który mówił, że ciąży niema, wstrzyknęła sobie do macicy dwie pinty terpentyny.

Siegwart, „Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate“, Zentr. f. Gyn. 1912, № 16, pg. 500 — 504) opisał 5 spostrzeżeń.

41. Kobieta, obawiając się ciąży, wprowadziła sobie do macicy obsadkę pióra swojej córeczki, przyczem obsadka złamała się, tak że wydostać jej z macicy nie mogła. Obsadkę wyciągnięto w klinice. Kobieta wprowadziła obsadkę do macicy, przykucnąwszy nad lusterkiem, na podłodze położonem. Przy wydymaniu się szyja maciczna ukazała się w otworze sromu, a więc wprowadzenie ciała obcego było łatwe.

42. W innym przypadku, gdzie również ciąży nie było, wydobyto z macicy kankę kauczukową szprycy macicznej, ułamaną podczas aktu wprowadzenia kanki do macicy w celu przerwania ciąży — nieistniejącej.

43. 22-letnia panna. Kilka dni po daremnym oczekiwaniu peryodu krwawienie. Przy badaniu pod narkozą wymacano wysięk wielkości pięści obok macicy. Nakłucie ujawniło ropę ze streptokokami. Wyzdrowienie przy leczeniu wyczekującym.

Ciąży nie było. S. przypuszcza, że nastąpiła infekcja przy manipulacjach poronieniowych.

44. 36-letnia wieloródka, która ostatni raz cztery lata temu roniła, przywieziona została w stanie bardzo ciężkim do kliniki. Wysiłek lewostronny, sięgający powyżej pępka, i pozaotrzewnowo aż do okolicy nerki. Obrzęk kończyny dolnej lewej. Incisio suprainguinalis z opróżnieniem wielkiej ilości ropy (*Streptokokkus*), kontrapertura w okolicy lędźwiowej, nastąpiła na razie poprawa, lecz chora zmarła wskutek ciężkiej infekcji, wychodzącej z lewego przymacicza po przypadkowej ulceracji jakiejś podczas zbrodniczych manipulacji u osoby wcale nie ciężarnej.

45. 20-letnia panna, aby poronić, wsunęła sobie do macicy jakiś instrument. Przywieziono ją do kliniki w stanie bardzo ciężkim. $+41,2^{\circ}$ C. Macica po rozszerzeniu kanału szyi okazała się próżną. Otwarto ropień pomiędzy macicą a pęcherzem, powstały wskutek zakażenia z rany po manipulacjach, aby poronić. Wyzdrowienie. Ciąży nie było.

46. Profesor Wachholz w doskonałym artykule swoim „Uwagi sądowolekarskie o spędzeniu płodu“ (Przegląd Lekarski, 1912, № 21, pg. 377) przytacza spostrzeżenie następujące. Zawodowym spędzaczom nie chodzi wcale o rozpoznanie ciąży, gdyż jeśli jej nie ma, to bez względu zresztą na dokonany przez nich zabieg miesiączka wróci, a okoliczność tę przypisują wobec swych klientek swojej pomocy. W ten sposób utrzymują klientki swe w błędzie i, korzystając z ich nieświadomości, dopuszczają się oszustwa. Wachholz miał sposobność ocenić w sądzie przypadek takiego oszustwa, popełnionego przez lekarza. Pewien pruski nauczyciel ludowy, utrzymujący stosunek z dziewczyną publiczną, zaskoczony przez nią wiadomością, iż jest w ciąży, gdyż przez jeden miesiąc nie zjawiła się u niej miesiączka, udaje się z miejsca swojego zamieszkania na Śląsku pruskim do pobliskiego naszego miasteczka do lekarza, aby zapobiegł ciąży u jego kochanki. Lekarz podejmuje bliżej niewyjaśnione zabiegi, poczem u dziewczyny wraca miesiączka. Wskutek doniesienia do władz pruskich, rozpoczyna się śledztwo przeciw dziewczynie i nauczycielowi. Wezwani znawcy lekarze niemieccy orzekają, że choć wynik badania w kierunku odbytego poronienia jest ujemny, to jednak z uwagi na to, iż

na 100 przypadków zatrzymania się regularności w 99 przypadkach zachodzi ciąża, badana musi być w ciąży, a ciążę sztucznie przerwano. Nauczyciela skazuje sąd pruski na rok więzienia, dziewczynę na kilka miesięcy, a przeciw naszemu lekarzowi odstępuje dochodzenie sądom naszym. Z aktów śledczych wynika niedwuznacznie, że u klientki jego ciąży wogóle nie było, a lekarz podjął zabiegi „ut aliquid fecisse videatur“, utrzymując nauczyciela i jego kochankę w przekonaniu ciąży i dokonanego spędzenia, aby mieć tytuł do znacznieszego wynagrodzenia. Dalej Wachholz przytacza, że sama obawa, jakoby jest w ciąży, może wywołać podmiotowe jej objawy, przede wszystkim zatrzymanie peryodu. Tego rodzaju przypadki, gdzie peryod z byle jakiej innej przyczyny zatrzymał się bez poczęcia, a później powraca, tłómaczą nam wziętość i wiarę w pewne środki, zwłaszcza wewnętrzne, zażywające sławy płodopędnych.

47. Walz („Uterusperforation bei Ovarialkystom“. Württemberg. Korrespondenzblatt, 1908, pg. 688). Kobieta w celu usunięcia mniemanej ciąży poddała się manipulacyom, aby ciążę przerwać. Wobec wystąpienia podrażnienia otrzewnej, oraz objawów septycznych wezwano lekarza. Lekarz w przekonaniu, że chodzi o poronienie, przystąpił do opróżnienia macicy, gdy nagle spostrzegł, że sonda, do macicy wprowadzona, wdraża o wiele głębiej, niż mógł spodziewać się. Przypuszczał zatem, że natrafił na przedziurawienie ściany macicy, już istniejące, kryminalnego pochodzenia. Śmierć po 18 godzinach. Obdukcya zwłok skonstatowała obecność guza jajnikowego, ciąży nie było wcale.

48. Weibel („Zur Frage des Uterusperforation“. Zentr. f. Gyn. 1908, № 32, pg. 1649) usunął z ropnia obok macicy cewnik gumowy, wsunięty do macicy w celu wywołania poronienia u kobiety nie ciężarnej. Akuszerka jakoby przedziurawiła ścianę macicy cewnikiem.

49. R. Wybauw d. 20 lutego 1912 r. zakomunikował mi piśmiennie spostrzeżenie własne z praktyki sezonowej w Spaa. Pewna pani przybyła do Spaa dla kuracyi kąpielowej. Pewnego dnia wezwano dr. Wybauwa, aby czempredzej do tej pacjentki przybył. Pacjentka była przestraszona ogromnie niezjawieniem się peryodu na czas, i w aptece kupiła sobie kap-

sułki apiolowe, aby koniecznie peryod wywołać! Wypiła połowę butelki, dostała bólów, hysterycznego napadu płaczu i t. p. Ponieważ W. nie znalazł żadnych objawów poważniejszych, zaniechał wszelkiej terapii. Po kilku dniach został ponownie wezwany, tym razem wieczorem. Pacjentka pojechała z pociągu na pociąg do Brukseli do lekarza, który, manipulując niedezynfekowanym hysterometrem, obiecał jej wywołać usunięcie wszystkiego, co by w macicy znaleźć się mogło. Po powrocie z Brukseli pacjentka dostała silnych bólów $+ 38,5^{\circ}\text{C}$. Wybauw zaraz zastosował wewnątrzmaciczne wstrzyknięcie formolu. Po 2 dniach gorączka zginęła. Wybauw spodziewał się, że głupota pacjentki nie będzie miała skutków ujemnych dla jej zdrowia, tem bardziej, że nie znalazł żadnych danych na rozpoznanie ciąży, tem bardziej, że mąż chorej mówił, iż od dłuższego czasu stosunku z żoną wcale nie miał. Położenie Wybauwa było nadmiernie trudne i wymagało nadzwyczajnej dyplomacyi, aby nie narazić na poważny szwank stosunku małżonków do siebie. Po 2 dniach pacjentka ponownie zaczęła gorączkować. Wtedy Wybauw skierował ją do jednej z klinik ginekologicznych, gdzie dokonano wyskrobania macicy. Żadnych oznak ciąży nie znaleziono. Wyzdrowienie.

50. Zweigbaum (Komunikat ustny): u kobiety 20 letniej nie ciężarnej wy dobył z macicy szpilkę od włosów, wprowadzoną do macicy w celu usunięcia domniemanej ciąży. Gdy pacjentka szpilki z powrotem wy dobyć nie mogła, i gdy krew się zjawiała, posłała po Z. Haczykowato zagięty koniec szpilki wbił się przy próbie wyciągnięcia szpilki do ściany macicy. Zweigbaumowi udało się szpilkę uwolnić przez pchnięcie jej ku górze, i wy dobyć przy użyciu ruchów rotacyjnych. Ciąży nie było. Wyzdrowienie szybkie.

51. Spostrzeżenie bez podania nazwiska autora, wymienione przez Perchevala, l. c., a które znalazł on w artykule autora Cathala. 18-letnia szwaczka, obawiając się ciąży, wskutek rady swego narzeczonego wypila dużą szklankę gorącego wina z żyroflą i kanelą — środka, uchodzącego za dobre abortivum. Oskarżono ją o tentamen abortus i pomimo, iż okazało się, że ciąży wcale nie było, skazano ją na 10 dni więzienia w sądzie miasta Plauen.

II. 21 spostrzeżenie tentaminum abortus provocandi w przypadkach, gdzie ciąża była pozamaciczna.

Aubert (l. c.) na stronie 97 opisuje aż 7 spostrzeżeń ciąży pozamacicznej jajowodowej, podczas których dokonywane były tentamina abortus provocandi, i to 7 spostrzeżeń w ciągu nie więcej, niż pięciu lat, zebranych. Zmarły z tych siedmiu chorych aż trzy, czyli 43% wskutek infekcji otrzewnej. Guerdjickoff opisał te trzy przypadki. („Manoeuvres abortives au cours de la grossesse extra-utérine“. *Annales de Gynecologie*. Octobre, 1908—oraz *Gynaekologia Helvetica*, IX, pg. 160).

1. Spostrzeżenie pierwsze. 42-letnia wieloródka. W drugim miesiącu ciąży manipulacje dla przerwania jej. Chora krwawiła po tem przez miesiąc, następnie wśród silnych bólów zemdlała. Przywieziono ją do szpitala z ogólnym perytonitem w stanie bardzo rozpaczliwym. Laparotomia. Zatoka Douglasa wypełniona krwią, na lewej stronie znaleziono 8 cm. długości płód oraz molę krwawą. Ruptura tubae gravidae sinistrae, peritonitis, ileus, mors tego samego dnia w kilka godzin po operacji.

2. Spostrzeżenie drugie. 32-letnia wieloródka. Ostatni peryod 1-go stycznia, w lutym tentamina abortus provocandi: wstrzykiwanie roztworu kwasu bornego do macicy. Krwawienie, dreszcze, silne bóle in fossa iliaca sinistra. Zatoka Douglasa wypełniona. Brzuch wzdęty. Nakłucie ujawnia krew in cavo Douglasii. Wieczorem laparotomia. Ropne zapalenie otrzewnej, pyosalpinx, pyovarium na lewej stronie, na prawej stronie mola sanguinea. Śmierć wkrótce po operacji. Tuba gravidae dextra rupta, salpingitis purulenta bilateralis. Endometritis purulenta diffusa.

3. Spostrzeżenie trzecie. 28-letnia wieloródka. Ostatni peryod 25 kwietnia. 25 maja tentamina abortus provocandi. Krwawienie, bóle na prawej stronie. Laparotomia: wylew krwi zropiały, kiszki otorbiony, pelviperitonitis acuta. Graviditas tubaria dextra. Śmierć wkrótce po operacji.

W czterech następnych przypadkach sprawa zakończona została wyzdrowieniem, ponieważ nie było zakażenia przy owych niepozwolonych manipulacjach. Chore te poddawały się manipulacyom takim kilkakrotnie w przeciągu 10 dni, lub nawet całego miesiąca.

Uderzające jest, że we wszystkich czterech przypadkach przyszło albo do abortus ex tuba, albo do pęknięcia jajowodu ciążarnego. Trzy kobiety uratowano laparotomią „en pleine inondation péritonéale“, jedną—kolpotomią, opróżniając haematocele retrouterina.

Aubert przypuszcza, że insult mechaniczny przy tentamina abortus provocandi jest przyczyną częstości pęknięcia jajowodu w tych przypadkach.

4. Spostrzeżenie czwarte. 27-letnia wieloródka. Ostatni peryod 14 maja. Od 12 czerwca manewry niedozwolone, aby wywołać poronienie. 25 czerwca nagle silne bóle, które nazajutrz powtórzyły się. Syncope, krwotok wewnętrzny, laparotomia: zalanie krwią jamy brzusznej. Wycięto ciążarny jajowód lewy o perforacyi jednego centymetra szerokości, o nierównych poszarpanych brzegach otworu. Ruptura.

5. Spostrzeżenie piąte. 23-letnia kobieta, ostatni peryod 24 października. Od 28 listopada manipulacje niedozwolone. 15 grudnia silne bóle, syncope, krwotok wewnętrzny. 5 stycznia ponowna syncope, laparotomia z usunięciem ciążarnego pękniętego jajowodu prawego oraz haematoceles. Przebieg gorączkowy. Wyzdrowienie.

6. Spostrzeżenie szóste. 24-letnia wieloródka, ostatni peryod 6 listopada. 4 stycznia do macicy wprowadzono zgłębnik. Manipulacya ta była kilka razy powtarzana aż do 25 stycznia przez samą chorą, dnia zaś 25 i 27 stycznia akuszerka wprowadzała zgłębnik dwa razy. 8 lutego nagle bóle in fossa iliaca sinistra. Ciężkie objawy krwotoku wewnętrznego, laparotomia, w stanie bez tętna dokonana. Wycięto lewy jajowód ciążarny pęknięty. Wyzdrowienie.

7. Spostrzeżenie siódme. 37-letnia wieloródka daremnie czeka 10 dni na peryod. Manewry, aby poronić: kolka brzuszna. 10 października nieznaczne krwawienie z wydzieleniem z macicy jakiejś błonki. Dokonano nakłucia przez tylne sklepienie pochwy. Drogą tylnej kolpotomii opróżniono haematocele retrouterina, powstała wskutek abortus tubarius. Przebieg pooperacyjny gorączkowy, zakończony jednak wyzdrowieniem.

8. Falgowski. (Gazeta Lekarska, 1911, № 40). Kobieta, aby wywołać poronienie, wbiła sobie do macicy ostro zaostrzony ołówek. F., wezwany do chorej, stwierdził krwotok we-

wewnętrzny, i ciążę pozamaciczną, i natychmiastową laparotomią chorą uratował. Na tylnej ścianie macicy skonstatował on otwór, powstały przez perforację macicy. Wyzdrowienie.

9. Finkelkraut. (Komunikat listowny Lebensbauma). 27-letnia matka dwojga dzieci już dawniej kilka razy poroniła. Obecnie, obawiając się ciąży, udała się do akuszerki z prośbą o wywołanie peryodu, na który już 8 dni daremnie czekała. Akuszerka robiła kilkakrotnie wstrzykiwania do macicy. We dwa tygodnie po ostatniej manipulacji zbrodniczej przywieziono pacjentkę z objawami wewnętrznego krwotoku do zakładu. Laparotomia natychmiastowa ujawniła abortus tubarius z krwotokiem wewnątrzbrzusznym. Śmierć pomimo operacji.

10. Huzarski. (Komunikat piśmienny. Marzec, 1912). 36-letnia kobieta, III—para, obawiając się ponownej ciąży, udała się do pewnego poroniarza w Warszawie dla wywołania poronienia. Od czasu wizyty u tego pana bóle, gorączka, podrażnienie otrzewnej. Łód, opium — po kilku dniach zapaść! Laparotomia wykazała pęknięcie ciężarnego prawego jajowodu, w miejscu rozłarcia tkwił 8-tygodniowy płód. Wyzdrowienie.

Jakich manipulacji dokonał poroniarz, pozostało tajemnicą.

11. Klauber. (Zentralblatt für Gynaekologie. 1912, № 11, pg. 325). Mężatka, nie mając już od 9 tygodni peryodu, sądziła, że jest ciężarna. Poprzednio zupełnie zdrowa, nagle w nocy ciężko zachorowała. W nocy o godz. 2-iej przywieziono ją do szpitala, gdzie rozpoznano krwotok wewnętrzny przy ciąży pozamacicznej i zaraz dokonano laparotomii. Usunięto lewostronny ciężarny jajowód i jajnik. Operatora uderzyła zawartość jamy brzusznej — wodnistokrwawy płyn. Tylna powierzchnia macicy wykazywała jakoby wybroczyny krwawe podsurowicze. Stan chorej po operacji poprawił się, odzyskała ona przytomność i t. d. Następnego dnia po operacji zjawił się lekarz, który w nocy chorą do szpitala skierował i opowiedział, iż dowiedział się od męża, że żona, obawiając się ciąży, wstrzyknęła sobie do macicy roztwór sublimatu szprycą o ostro zakończoną kance. Lekarz więc podejrzewał wobec zeznania chorej jakieś pokaleczenie wewnętrzne, jako przyczynę zapaści i t. d., i niemało był zdziwiony, gdy operator mu oświadczył, że chorą zaraz po przybyciu jej do szpitala w nocy operował i że chodziło o ciążę pozamaciczną. Ponieważ operowana ani

razu jeszcze moczu nie oddała, a cewnik również ani kropli nie ukazał, wobec opowiadania lekarza owego Klauber zaniepokoił się tym bezmoczem. Przypominając sobie ów płyn surowiczokrwawy w jamie brzusznej, wpadł na myśl, czy to czasem nie był mocz w jamie brzusznej wskutek skaleczenia pęcherza moczowego jakimś ostrem narzędziem. Ujście macicy otwarte wpuszczało dwa palce, jama macicy jednak zawierała błonę doczesną. Nie znaleziono w macicy ani śladu łożyska, ani jakiegokolwiek uszkodzenia perforacyjnego przy badaniu palcem. Klauber zdjął kilka szwów dolnych, otworzył więc ranę laparotomiczną w jej dolnej części, kazał asystentowi wstrzyknąć do pęcherza roztwór indygokarminu — lecz pęcherz okazał się cały, płyn do jamy brzusznej z niego nie wydzieliał się. Włożył więc kilka pasków gazy do jamy miednicy i ranę ponownie zamknął. Rozpoznano uszkodzenie lewego naczynia przy nieczynności prawej nerki. Następnego dnia stan niezły bezgorączkowy, płyn, przez sączek wydzielany, miał zapach moczu.

Następnego znowu dnia wymioty krwawe, bębnicza; na trzeci dzień śmierć wskutek perytonitu. Sekcja zwłok: lewy moczowód okazał się przedarty w poprzek pod lewym ligamentum latum; tkanka łączna ligamenti lati była krwią zalana aż do kostnej ściany miednicy. W lewej ścianie macicy kilka czopów—, infiltratów ropnych. Chroniczny nefryt. Klauber przypuszcza że kobieta ta przy wstrzykiwaniu sobie roztworu sublimatu do macicy przebiła ścianę macicy, że tkanka sprzeczki wdrążyła do miednicy małej i przebiła moczowód. Opis niezupełnie jasny— ważne jest, że ciąży wcale nie było, i że kobieta owa swoje tentamina abortus provocandi życiem przypłaciła.

12. C. Knoop. („Abtreibungsversuch bei Tubargraviditaet“. Zentr. f. Gyn. 1912, № 14, pg. 431). K. operował w czerwcu 1911 r. pannę wskutek ciąży jajowodowej. Ponieważ rozeszły się pogłoski, że chora poddawała się manipulacjom zbrodniczym w celu przerwania ciąży mniemanej — ciąży macicznej, prokurator oskarżył operowaną przez K. pacjentkę. Pacjentka przyznała się, że za radą przyjaciółki użyła per os jakiś środek w gazetach reklamowany przeciw „zatrzymaniu krwi — Blutstockung“. Po użyciu tego środka wystąpiło krwawienie wraz z bólami, wskutek czego chorą do szpitala zawieziono, gdzie

ciąża okazała się pozamaciczna. Środek ten „mixal“ zawierał, jak ujawniła analiza sądowolekarska, sporo scylliny. Pacjentka została skazana na 7 tygodni więzienia, mężczyzna zaś, który dla niej środek ten kupił, na miesiąc więzienia.

13. Lebensbaum. (Komunikat listowny). 30-letnia wieloródka, obawiając się niepożądaney ciąży, kazała zrobić sobie wyskrobanie. Po tej manipulacyi krwotok wewnętrzny, gorączka i t. d. Laparotomia ujawniła ciążę ektopiczną. Wyzdrowienie, pomimo zakażenia, już istniejącego w czasie laparotomii.

14. Lelorier (patrz Percheval, l. c.). 26-letnia I — para. W końcu maja z powodu zatrzymania się peryodu manipulacye abortywne. 16 czerwca przewieziono chorą do szpitala z objawami wewnętrznego krwawienia. Laparotomia. Ruptura tubae unius gravidae. Wyzdrowienie. Ciąży macicznej nie było.

15. Maizner (Zentr. f. Gyn. 1908, № 2, pg. 952) podczas operacyi przy ciąży jajowodowej natrafił na hematoma in ligamento lato lateris alterius. Hematoma ten powstał wskutek przebicia ligamenti lati szpilką do robienia pończoch, przez pochwę wprowadzoną, a raczej wbitą, w celu usunięcia mniemanej ciąży macicznej.

16. Menge dokonał laparotomii przy ciąży jajowodowej po usiłowaniach spędzenia płodu — w mniemaniu ciąży macicznej. Wyzdrowienie.

17. Neu. Tentamina abortus provocandi. Graviditas tubaria. Laparotomia. Wyzdrowienie.

18. Neugebauer. Dnia 1 czerwca 1912 r. dokonałem laparotomii u mężatki lat 35, zamężnej 14 lat, która urodziła pomyslnie troje dzieci i wykarmiła, następnie zaś cztery lata temu kazała sobie wywołać sztucznie poronienie przez lekarza. Obecnie dwa miesiące temu, gdy kilka dni daremnie na zjawienie się peryodu czekała, robiła sobie gorące irygacye, aby peryod wywołać, oraz, gdy nie nastąpił, udała się do akuszerki, która miała poronienie wywołać. Co akuszerka robiła, tego nie mogłem dowiedzieć się; od czasu tych manipulacyi chora krwawi od 2 miesięcy raz mniej, raz więcej. Kilka razy robiło się jej słabo, mdlała. Dnia 28 maja rano wezwano mnie do niej jakoby umierającej. Rozpoznałem ciążę pozamaciczną i dla dokonania operacyi kazałem chorą umieścić w oddziale moim szpitalnym. Dopiero po długich pertraktacyach mąż nareszcie

przystał na operację. W jamie brzusznej sporo krwi wolnej, wielka haematocele retrouterina. Lewy jajowód zmieniony na guz jajowaty największej grubości dużego jabłka. Usunięto przydatki lewostronne. Jajowód nie pęknięty zawierał duży krwistek, oraz nietknięte jaje płodowe, w którym znalazłem po otwarciu go płód około 6 tygodniowy. Mimowoli nasunęło mi się pytanie, czy istnieje jaki związek przyczynny pomiędzy zabiegami dla spędzenia płodu, a usadowieniem się jaja w jajowodzie w tym przypadku?

19. B. Orr. (Komunikat listowny z Cincinnati z d. 1 marca 1912 r.). D. 16 kwietnia Orr został wezwany na naradę do 28-letniej kobiety, która, uważając się za ciężarną, udała się do pewnego poroniarza w celu usunięcia ciąży. Jegomość ten dokonał kilku manipulacji, aby ciążę mniemaną przerwać. Orr znalazł chorą w stanie poważnym i macicę przemył rozczyłem lyzolu. Po kilku dniach wystąpiła zapaść i chora zmarła. Wskutek zawiadomienia władzy przez Orra, dokonano sądowej sekcji zwłok: Peritonitis diffusa przy pęknięciu jajowoda ciężarnego.

20. Hugh H. Trout (Chirurg w Jefferson Surgical Hospital in Roanoke Virginie) dnia 12 marca 1912 r. zakomunikował mi listownie spostrzeżenie następujące. Kobieta lat 33, matka dwojga dzieci, w przeciągu ostatnich 4 lat przy pomocy męża swego już trzykrotnie wywołała sobie poronienie, zawsze w początku 3-go miesiąca. 17 kwietnia 1911 r. przywieziono ją do szpitala ciężko chorą. Dwa dni temu wprowadziła ona sobie, jak i dawniej, do macicy zgłębnik gumowy. Znalaziono nacieczenie in fossa iliaca sinistra. Po nacięciu stwierdzono dwumiesięczną ciążę pozamaciczną, oraz pęknięcie jajowodu, mniej więcej od 8 tygodni ciężarnego. Wyzdrowienie.

21. Frederick Yates. (Waschingon. Komunikat listowny z dnia 1 marca 1912 r.). Kobieta, podejrzewając trzymiesięczną ciążę, wsunęła sobie do macicy sondę gumową, poczem dostała zaraz silnych bólów. Yates, wezwany, znalazł podrażnienie otrzewnej, brzuch wzdęty, cavum Douglasii wypełnione. Przepuszczając pelviperitonitis z zebraniem się ropy in cavo Douglasii, dokonał nakłucia przez tylne sklepienie, i wydobył czarną krew. Natychmiastowa laparotomia ujawniła abortus tubarius. Wyzdrowienie. Ciąży macicznej nie było.

I. Tentamina abortus provocandi deficiente graviditate uterina.

N ^o Autor	Wiek	Środki, zabiegi stosowane	Następstwa	Wynik	? para	Panna, mężatka?	Stan chorej	Zabiegi do- konane przez kogo?
1. Aubert.	28 l.	Kilkakrotnie sonda na kilka dni do macicy wsunięta — próba wykrabania.	Ciężkie septyczne zapalenie otrzewnej miedniczej.	Wyzdrowienie po kilku miesiącach.	?	?	?	Akuszerka.
2. Aubert.	21 l.	Wewnątrzmaciczne manipulacje.	Peritonitis diffusa. Abscessus parametrii.	Śmierć 11-go dnia po zabiegach.	?	Panna.	?	Akuszerka.
3. Aubert.	18 l.	"	Obustronne ropne zapalenie przydatków.	Wyzdrowienie po 8-tygodniowej ciężkiej chorobie.	?	Panna.	?	Akuszerka.
4. Aubert.	20 l.	Kilkakrotnie wstrzykiwanie płynu do macicy.	Wewnątrzotrzewnowy ropień. Tylne cięcie pochwy.	Śmierć septyczna.	Wieloródka.	Mężatka.	?	Akuszerka.
5. Barwell.	?	Zgłębnik gumowy do macicy wbity.	Para i perymetry, liczne ropnie.	Po 20 miesiącach zgłębnik wydobyto. Po ciężkiej chorobie wyzdrowienie	?	Mężatka.	?	Poroniarz — profesjonalista.
6. Brindeau i Chirié.	46 l.	Kilkakrotnie wstrzykiwania mydła i rozczyynu soli do macicy.	Peritonitis. Extirp. uteri vaginalis.	Wyzdrowienie cum fistula recto-vaginali.	?	Mężatka.	?	Akuszerka.
7. Brindeau.	23 l.	Wstrzyknięcie sublimatu do macicy.	Lekkie otrucie sublimatem.	Wyzdrowienie.	?	Panna.	?	Własnoręcznie.

N ^o Autor	Wiek	Środki, zabiegi stosowane	Następstwa	Wynik	? para	Panna, mężatka?	Stan chorej	Zabiegi do- konane przez kogo?
8. Bumm.	27 l.	Zgłębnik i wstrzyk- nięcie lyzolu do macicy.	Mylne lecznicze skrobanie, perfora- cja z wyciągnię- ciem petli kiszki. Laparotomia z re- zekcją.	Wyzdrowienie.	Nullip.	Panna.	?	Akuszka.
9. Cathala.	41 l.	Wewnątrzmaciecz- ne zabiegi.	Peritonitis, coma.	Śmierć, peritonitis i pyosalpinx.	Multip.	Mężatka.	Kwia- ciarka.	Akuszka.
10. Condert.	23 l.	Szpilka od włosów do macicy wpro- wadzona utkwiała tam.	Wydobyto szpilkę w szpitalu.	Wyzdrowienie.	?	Panna	?	Akuszka.
11. Demelin.	?	Wstrzykiwanie su- blimatu do macicy z przedziurawie- niem.	Zatrucie sublim- tem, peritonitis.	Śmierć od zatrucia sublimatem.	?	?	Akusz- ka.	Własno- ręcznie.
12. Dolérís.	?	?	Pelvipertonitis, Laparotomia.	Wyzdrowienie.	?	?	?	Akuszka.
13. Dowel.	?	Kilkakrotne zgłę- bnikowanie ma- cicy.	—	Wyzdrowienie.	?	?	?	Poroniarz.
14. Fieux.	47 l.	Wstrzykiwanie rozczynu mydła do macicy.	Peritonitis acuta purulenta.	Śmierć.	I para.	Mężatka.	?	?
15. Franzen.	?	Zgłębnik, do maci- cy wbity, wdrążył do jamy brzusznej. potomia.	Przedziurawienie macicy. Pelviperi- tonitis. Tylna kol- potomia.	Wyzdrowienie.	?	?	?	Akuszka.

				2.	?	?	Własno- ręcznie.
16. Fromm.	45 l.	Próby wstrzyknięcia mydła do macicy.	Niekompletna perforacya tylnego sklepienia pochwy.				
17. Gronau.	33 l.	Wstrzyknięcie żrącego płynu do tkanki pomiędzy pęcherzem a macicą.	Necrosis septi vesicovaginalis. Laparotomia przy mylnem rozpoznaniu ciąży pozamacicznej.	?	?	?	?
18. Guéniot.	32 l.	Wbicie jakiegos narzędzia do j. lat.	Haematoma lig. latu, parametritis, przetoka kałowa.	Multipl.	Mężatka.	?	Lekarz.
19. Guinard.	?	Wstrzyknięcie soli a później octu do pęcherza.	Cystitis z nekrozą śluzówki pęcherza.	?	Panna.	?	Własno- ręcznie.
20. Halban.	?	Rozszerzenie szyi i łyżeczowanie.	Peritonitis diffusa. Perforacya macicy. Laparotomia.	?	?	?	Lekarz.
21. Jeannin.	25 l.	Manipulacye?	Stan gorączkowy pseudotyfoidalny.	Nullip.	Panna.	Prosty- tutka.	?
22. Jeannin.	28 l.	Wstrzyknięcie wody przegotowanej do macicy.	Perimetritis acuta + 40,0° C.	Nullip.	?	?	Akuszerka.
23. Kempfer- dieck.	?	Wbicie gęsiego pióra przez macicę do jamy brzusznej.	Peritonitis ichorosa. Laparotomia z wydobyciem pióra.	?	Wdowa.	?	Jakoby wła- sno- ręcznie.
24. Lance.	?	Manipulacye drutem do robienia ponczoch. Przebiecie tylnego sklepienia pochwy.	Krwotok wewnętrzny z przerwania jednego jajowodu. Laparotomia.	?	?	?	?

N ^o Autor	Wiek	Środki, zabiegi stosowane	Następstwa	Wynik	? para	Panna, mężatka?	Stan chorej	Zabiegi do- konane przez kogo?
25. Leloir.	27 l.	Wstrzyknięcie sublimatu do macicy.	Zatrucie sublimatem.	Śmierć od zatrucia sublimatem.	?	?	?	Przyjaciółka.
26. v. Lingen.	36 l.	Wbicie zgłębnika gumowego przez tylnie sklepienie do jamy brzusznej.	Stan gorączkowy przy obecności guza jajnika. Laparotomia z usunięciem guza jajnika i zgłębnika.	Wyzdrowienie.	?	?	?	?
27. Lisfranc.	?	Zgłębnik gumowy, do macicy wsunięty, ulatek pozostął.	Perimetritis. Wydobycie ulateka.	Wyzdrowienie.	?	?	?	Własnoręcznie.
28. Markovic.	42 l.	Zgłębnik gumowy, wbity w ścianę pochwy.	Bóle, gorączka, krwawienie.	Po 4 miesiącach wyciągnięto zgłębnik ex septo rector vaginali. Wyzdrowienie.	?	?	?	?
29. Maygrier.	?	Zgłębnik sztywny, do macicy wprowadzony.	Peritonitis acuta septica.	Śmierć.	?	?	?	Slużąca. Akuszerka.
30. Maygrier.	20 l.	Wstrzyknięcie rozczynu kwasu borowego do macicy.	Metritis acuta, perimetritis acuta, phlegmone.	Wyzdrowienie po ciężkiej chorobie.	?	?	?	Akuszerka.
31. Morestin.	25 l.	Szpilka od włosów do macicy wsunięta.	Szpilka utkwiła.	Wyzdrowienie po wydobyciu.	?	Mężatka	?	Własnoręcznie
32. Okinczyc.	?	Wyskrobanie macicy.	Perforacja macicy, extirpatio uteri vaginalis.	Śmierć ex peritonitide.	?	?	?	?

№ Autor	Wiek	Środki, zabiegi stosowane	Następstwa	Wynik	? para	Panna, męzatka?	Stan chorej	Zabiegi dokonane przez kogo?
42. Siegart.	?	Kanka szprycy, do macicy wprowadzona, utamala się.	Wydobycie.	Wyzdrowienie.	?	?	?	?
43. Siegart.	22 l.	?	Parametritis purulenta.	Wyzdrowienie po opróżnieniu ropnia.	?	Panna.	?	?
44. Siegart.	36 l.	?	Ciężka parametritis.	Śmierć pomimo opróżnienia.	Multipl.	?	?	?
45. Siegart.	20 l.	?	Ropień pomiędzy macicą a pęcherzem.	Wyzdrowienie po wycięciu ropnia.	?	Panna.	?	Poroniarz
46. Wachholz.	?	?	?	Wyzdrowienie.	?	Panna.	Prostytutka.	Lekarz.
47. Walz.	?	?	Lekarz, wezwany do wrzekomego poronienia, stwierdził przedziurawienie macicy.	Śmierć po 18 godzinach ex peritonite. Tumor ovarii.	?	?	?	?
48. Weibel.	?	Cewnik gumowy do macicy wsunięty.	Przedziurawienie macicy, ropień.	Wyzdrowienie po nacięciu ropnia i wydobyciu cewnika.	?	?	?	Akuszka.
49. Wybauw.	?	Usiłowanie wyskrobania.	Perimetritis acuta.	Wyzdrowienie.	?	?	?	Lekarz.
50. Zweigbaum.	20 l.	Szpilka od włosów, do macicy wetknięta, utkwiała.	?	Wyzdrowienie po wydobyciu szpilki.	?	?	?	Własnoręcznie.
51. X. X.	18 l.	Tentamen abortus provocandi medicamentosum.	Bez żadnych skutków ujemnych.	?	Nullip.	Panna.	Szwaczka.	?

II. Tentamen abortus provocandi praesente graviditate extrauterina.

1. Aubert.	42 l.	W 2 miesiącu wewnątrzmaciczne manipulacye.	Zapaść po miesiącu. Laparotomia przyrupt. tub. grav.	Śmierć po kilku godzinach.	Multip.	Mężatka.	?	Akuszka.
2. Aubert.	32 l.	Rozczyn kwasu borowego w 2 miesiącu do macicy wstrzyknięto.	Ruptura tub. grav. Peritonitis purul. Pyosalpinx. Laparotomia.	Śmierć wkrótce po operacyi.	Multip.	Mężatka.	?	Akuszka.
3. Aubert.	28 l.	Wewnątrzmaciczne manipulacye w 5 tygodniu.	Ruptura tub. grav. Peritonitis purul. 1 aparatomia.	Śmierć wkrótce po operacyi.	Multip.	Mężatka.	?	Akuszka.
4. Aubert.	27 l.	Wewnątrzmaciczne manipulacye w 5 tygodniu.	Perforacya tub. gravidae. Laparotomia.	Wyzdrowienie.	Multip.	Mężatka.	?	Akuszka.
5. Aubert.	30 l.	Wewnątrzmaciczne manipulacye w 5 tygodniu.	Ruptura tub. grav. Laparotomia.	Wyzdrowienie.	?	?	?	?
6. Aubert.	24 l.	Kilkakrotne zgłębikowanie w przeciagu 21 dni.	Ruptura tub. grav. Laparotomia.	Wyzdrowienie.	Multip.	Mężatka.	?	Własnoręcznie, później akuszka.
7. Aubert.	37 l.	Wewnątrzmaciczne zabiegi.	Abort. tubarius Kolpotomia post.	Wyzdrowienie.	Multip.	Mężatka.	?	Akuszka.
8. Falgowski.	?	Zaostrzony ołówek do macicy wprowadzono.	Perforacya macicy, ruptura tub. grav. Laparotomia.	Wyzdrowienie.	?	?	?	Własnoręcznie.
9. Finkelkraut.	27 l.	Zabiegi kilkakrotne wewnątrzmacicz	Abort. tubarius. Laparotomia.	Śmierć po operacyi.	Multip.	Mężatka.	?	Akuszka.
10. Huzarski.	36 l.	Zabiegi wewnątrzmaciczne.	Ruptura tub. grav. Laparotomia.	Wyzdrowienie.	Multip.	Mężatka.	?	Lekarz.

№ Autor	Wiek	Środki zabiegi stosowane	Następstwa	Wynik	? para	Panna, męzatka?	Stan chorej	Zabiegi dokonane przez kogo?
11. Klauber.	?	Wbicie ostrego narzędzia przez macicę do lig. latum w 9 tygodniu.	Ruptura tub. grav. Rozdarcie jednego moczowodu. Lapa-rotomia.	Śmierć na 3 dzień.	?	Męzatka	?	?
12. Knoop.	?	Wewnętrzne użycie „mixalu“ per os.	Abort. tubar. La-parotomia.	Wyzdrowienie.	?	Panna.	?	?
13. Lebensbaum	30 l.	Wyskrobanie macicy.	Ruptura tub. grav. Lapa-rotomia.	Wyzdrowienie.	Multip.	Męzatka.	?	Lekarz.
14. Lelorier.	26 l.	?	Ruptura tub. grav. Lapa-rotomia.	Wyzdrowienie.	I para.	Męzatka.	?	?
15. Mainzer.	?	Przebicie lig. latum szpilką do robienia pończoch.	Ruptura tub. grav. haematoma lig. latum alterius. La-parotomia.	Wyzdrowienie.	?	?	?	?
16. Menge.	?	?	Ruptura tub. grav. Lapa-rotomia.	Wyzdrowienie.	?	?	?	?
17. Neu.	?	?	Ruptura tub. grav. Lapa-rotomia.	Wyzdrowienie.	?	?	?	?
18. Neugebauer.	35 l.	Gojące płukanie i ?	Haematocèle re-trouterina. Lapa-rotomia.	?	V grav.	Męzatka.	Zona urzęd. kolejow.	Akuszka.
19. Orr.	28 l.	Wewnątrzmaciczne zabiegi.	Peritonitis diffusa ruptura tub. grav.	Śmierć.	?	?	?	?
20. Trout.	33 l.	Zgłębnik gumowy do macicy wsunięty	Ruptura tub. grav. Lapa-rotomia.	Wyzdrowienie.	Multip	Męzatka.	?	Własno-ręcznie.
21. Yates.	?	Zgłębnik gumowy do macicy wsunięty	Haematocèle sub abort. tub. Lapa-rot.	Wyzdrowienie.	?	?	?	Własno-ręcznie.

Statystyka 51 przypadków I-iej kategorii, gdzie wcale ciąży nie było.

Na 51 chorych zmarło 15:

3 zmarły wskutek zatrucia sublimatem po wstrzyknięciu jego rozczynu do macicy. № 11, 25, 35.

1 zmarła wskutek ciężkiej parametritis pomimo otwarcia ropnia. № 44.

1 zmarła wskutek zgorzeli tkanek po wstrzyknięciu żrącego płynu pomiędzy szyję macicy i pęcherz. № 17.

10 zmarło wskutek zapalenia otrzewnej. № 1, 2, 9, 13, 14, 20, 23, 29, 37, 47.

* * *

Na 51 przypadków przypada przedziurawienie ściany macicy przez poroniarza (1 raz przy następczem terapeutycznym wyskrobaniu macicy № 8): 8 (№ 8, 11, 15, 20, 32, 39, 47, 48).

Z 8 przypadków przedziurawienia macicy zakończyła się śmiercią połowa, czyli 4 (№ 11, 20, 32, 47).

* * *

Cięć brzucha dokonano 9.

№ 8. Po przedziurawieniu macicy przy terapeutycznym skrobaniu z wyciągnięciem pętli kiszki cienkiej nazewnątrz sromu; laparotomia z wycięciem kiszki i zaszyciem rany macicznej. Wyzdrowienie. (Bumm).

№ 12. Laparotomia przy pelviperitonitis. Wyzdrowienie. (Doléris).

№ 17. Laparotomia przy mylnem rozpoznaniu ciąży pozamacicznej. Śmierć w 31 dni po operacyi. (Gronau).

№ 20. Laparotomia po przedziurawieniu macicy. Śmierć. (Halban).

№ 23. Laparotomia dla wydobycia gęsiego pióra z jamy brzusznej. Śmierć. (Kemperdieck).

№ 24. Laparotomia przy krwotoku wewnętrznym z przzerwaniem jednego jajowodu. Wyzdrowienie. (Lance).

№ 26. Laparotomia dla usunięcia guza jajnika z niespodziewanem wydobyciem zgłębnika gumowego z jamy brzusznej. Wyzdrowienie. (v. Lingen).

№ 39. Laparotomia z powodu przedziurawienia macicy z wyciągnięciem jednego kawałka kiszki grubej do pochwy. Wyzdrowienie. (Schauta).

№ 40. Laparotomia przy parametritis. Wyzdrowienie. (Schellenberg).

Na 9 laparotomii pomimo operacyi zmarło chorych 3. (№ 17, 20, 23).

* *

Tylnej kolpotomii dokonano 3 razy z 1 zejściem śmiertelnem. (№ 4 — śmierć septyczna; № 15 — wyzdrowienie; № 38 — wyzdrowienie).

Pochwowe go wycięcia macicy dokonano 2 razy z 1 zejściem śmiertelnem. (№ 6 — wyzdrowienie; № 32 śmierć).

Kilka razy wydobyto ciało obce z macicy z przebiegiem sprawy niewinnym:

№ 10 — szpilka od włosów.

№ 27 — ułamek zgłębnika gumowego.

№ 31 — szpilka od włosów.

№ 34 — drzazga drzewna.

№ 41 — obsadka od pióra.

№ 42 — kanka ułamana szprycy macicznej.

№ 50 — szpilka od włosów.

* *

Parametritis następczą notowano 12 razy. (№ 3, 4, 5, 18, 30, 33, 37, 38, 40, 43, 44, 45).

Perimetritis notowano 4 razy. (№ 22, 27, 30, 49).

Sprawy ropne notowano 18 razy. (№ 2, 3, 4, 5, 9, 14, 17, 23, 28, 30, 33, 37, 38, 40, 43, 44, 45, 48).

Cystitis purulenta notowano 3 razy:

№ 17. Necrosis septi vesicovaginalis — śmierć po wstrzyknięciu żrącego płynu pomiędzy pęcherz i macicę.

№ 19. Po wstrzyknięciu soli, a później octu do pęcherza — wyzdrowienie.

№ 20. Ropień pomiędzy macicą a pęcherzem — wyzdrowienie.

W następstwie powstała przetoka kiszkwopęcherzowa 2 razy. (№ 6, 18).

Raz jeden zgłębnik gumowy wyropiał samoistnie do odbytnicy — po 3 miesiącach. (№ 33).

Raz jeden zgłębnik gumowy wbito do septum rectovaginale—przeleżał w ukryciu przeszło 3 miesiące. (№ 28).

Raz jeden zgłębnik gumowy wydobyto z ropnia po 20 miesiącach. (№ 5).

Raz jeden śmierć nastąpiła wskutek zapalenia otrzewnej przy wdrażeniu przez wstrzykiwania balonem gumowym — powietrza do parametrium i po za otrzewną. (№ 36).

Raz jeden uszkodzono jajowód drutem do robienia pończoch. (№ 24).

Raz jeden wskutek urazu powstał hematoma jednego wiązu szerokiego. (№18).

Do wstrzykiwań do macicy używano: sublimatu 5 razy— № 7, 11, 23, 25, 35 (2 wyzdrowienia, 3 śmierci), wody — № 22, 37; kwasu borowego — № 30; płynu mieszanego — № 4; mydła i soli — № 6, 14, 16; lyzolu — № 8; terpentyny — № 40.

* * *

Statystyka 21 przypadków tentaminum abortus provocandi, gdzie istniała ciąża pozamaciczna:

19 razy dokonano laparotomii—14 wyzdrowień, 5 śmierci pomimo operacji.

1 raz dokonano tylnego cięcia pochwy — wyzdrowienie.

1 chora zmarła nieoperowana.

Na 21 przypadków ciąży pozamacicznej dokonano operacji 20 razy.

Z 20 kobiet uratowano operacją 15 kobiet, 5 zmarło pomimo cięcia brzucha.

* * *

Ogólna statystyka obu kategorii przypadków.

Na 51 przypadków I-ej kategorii dokonano:

9 cięć brzucha (6 wyzdrowień, 3 śmierci).

3 cięcia pochwy (2 wyzdrowienia, 1 śmierć).

2 wycięcia pochwowo macicy (1 wyzdrowienie, 1 śmierć).

Na 21 przypadków II-ej kategorii dokonano:

10 cięć brzucha (14 wyzdrowień, 5 śmierci).

1 cięcie pochwy — wyzdrowienie.

Na 14 operacji I-ej kategorii: 5 zejść śmiertelnych, 9 wyzdrowień.

Na 20 operacji II-ej kategorii: 5 śmierci, 15 wyzdrowień.

Przyczyną zejść śmiertelnych w przypadkach I-ej kategorii było — prócz 3 przypadków śmiertelnego zatrucia sublimatem i 1 przypadku wpędzenia powietrza do ustroju (serce) — zakażenie.

Przyczyną zejść śmiertelnych w przypadkach II-ej kategorii były również zakażenia, zbrodniczą ręką wywołane.

Jako uraz rzadki i trudny do pojęcia zaznaczyć wypada przerwanie jednego moczowodu nieznanem narzędziem w przypadku ciąży pozamacicznej, operowanym przez Klaubera.

* *

Jak na wstępie odczytu tego zaznaczyłem, znalazłem w piśmiennictwie tylko jedną pracę Perchevala, poświęconą specjalnie sprawie, dziś nas zajmującej.

Niechaj mi będzie pozwolone w tem miejscu streścić pracę Alfreda Perchevala: „Des manoeuvres abortives chez des femmes, qui ne sont pas enceintes“. Thèse de Paris. 1911.

Percheval zaczyna od porównania częstości zbrodniczych poronień dawniej i dziś, w różnych krajach, miastach i t. d., i przychodzi do wniosku, że „l'avortement est passé dans les mœurs, car les femmes y recourent avec la plus grande facilité. Chez la plupart, la peur d'une grossesse est telle, qu'au moindre soupçon, à la suite d'un simple retard des règles, elles s'exposent bénévolement aux pires accidents, tant chez elles est ancrée l'idée de tout subir plutôt qu'une grossesse, car elles considèrent d'ailleurs l'avortement comme benin“.

Percheval omawia różne środki i zabiegi, w różnych krajach dla przerywania ciąży używane. Dalej — rozpatruje różne przyczyny zatrzymania się peryodu bez ciąży, kładąc główny nacisk na wpływ układu nerwowego. Strach i lęk mogą wywołać zatrzymanie się peryodu; moralne przygnębienie, anemia, suchoty, nawet przeziębienie zwykłe, hysterya mogą być przyczyną zatrzymania się miesiączki. Wpływowi układu nerwowego przypisuje Percheval brak miesiączki u młodych mężatek i kobiet, które gorąco pragną macierzyństwa.

„Il est enfin une amenorrhée, qu'on pourrait appeler crain-tive — des femmes qui par suite d'une liaison irrégulière, ou pour toute autre raison redoutent une grossesse“. Percheval poprostu w złem sumieniu upatruje jedną z przyczyn wstrzymania się peryodów. Percheval zestawił w tablicy 16 spostrzeżeń, i tak małą liczbę spostrzeżeń objaśnia tem, że tylko w przypadkach o przebiegu ciężkim kobieta taka do szpitala zgłasza się, a nawet i wtedy często nie przyznaje się, że tentamen abortus miało miejsce, wprowadzając w błąd lekarza najróżniejszemi kłamstwami. Na owe 16 spostrzeżeń przypada aż 8 przypadków zapalenia otrzewnej o 4 zejściach śmiertelnych — 50%. trzy przypadki skończyły się śmiercią wskutek otrucia sublimatem, do macicy wstrzykiwanym. W czem leży przyczyna tak ciężkiego przebiegu takich przypadków i częstych zejść śmiertelnych?

Percheval objaśnia wielkie niebezpieczeństwo manipulacji tentaminis abortus w tych przypadkach czterema warunkami.

1. Niebezpieczeństwo w porównaniu z wywołaniem poronienia u ciężarnej jest tem większe, że manipulacje są używane nie raz jeden, lecz powtórnie, ponieważ pierwszy zabieg nie doprowadził do pożądanego poronienia. Nieraz np. wstrzykiwania płynów do macicy dokonywane bywały codziennie przez dłuższy czas, coraz to innym i mocniej działającym środkiem i t. d., zgłębnikowanie bywało dokonywane coraz energiczniej, aby nareszcie cel osiągnąć. Bywały przypadki, gdzie przez dwa miesiące codziennie kobieta o mniemanej ciąży u tej lub owej akuszerki lub poroniarza poddawała się przeróżnym manipulacjom. Wobec coraz energiczniej dokonywanych manipulacji tem łatwiej powstają rozmaite pokaleczenia, dające otwarte wrota dla zakażenia.

2. Gdy istnieje ciąża, poroniarz przebija błony jaja i manipuluje przeważnie tylko w jamie jaja płodowego. Gdy nastąpi zakażenie, nieraz pozostaje ono umiejscowione w jajku, i z chwilą wyjścia jaja szybko przycicha i znika, sama macica poniekąd zostaje zasłonięta i chronioną od zakażenia przez łożysko i błony jaja, które zasłaniają ścianę macicy, niby rodzaj materaca. Inaczej, gdy manipuluje on w próżnej macicy. Uraz tutaj dotyka bezpośrednio ściany macicznej, a nie płodu i t. d.

3. Niebezpieczeństwo powiększone zostaje łatwością po-

wstania przebicia ścian macicy, ścian pochwy, sklepień pochwo-
wych i t. d., wbicia ciała obcego, zgłębnika, cewnika i t. p. do
jamy brzusznej lub do przymacicza, gdy osoba fachowo nie
obeznana zacznie a l'èveuglette w genitaliach manipulować ja-
kimkolwiek narzędziem: szpilką, drutem, kanką szprycy macicz-
nej i to zwykle, o ile pierwszy zabieg nie doprowadzi do celu,
z coraz to większą energią, brutalnością i t. d.

Nie trudno zrozumieć, jak w tego rodzaju przypadkach
łatwo powstać może „fausse route“, wdrażenie ciała obcego do
sąsiedztwa macicy, lub aż do jamy brzusznej.

4. Jako czwarty moment dodać wypada, że nieraz, gdy
przypadkowo istnieje ciąża pozamaciczna, dokonany uraz może
wywołać odrazu śmiertelną katastrofę ze strony ciąży ekto-
picznej niepodrzuwanej. Również np. przy istnieniu ropniaka
jajowodu uraz wywołać może pęknięcie ropnia z najfatalniej-
szem zejściem: ostrem zapaleniem otrzewnej i t. d.

Przy końcu pracy swojej Percheval omawia znaczenie
kryminalnego poronienia, prawa dziecka nieurodzonego, stronę
moralną sprawy i lekkomyślność, z jaką kobiety narażają życie
swoje, aby tylko nie być w ciąży.

Percheval cytuje w tem miejscu Owidyusza, który żali się
na swoją kochankę Korwinę, że naraża życie własne, aby nie
być w ciąży.

„Hoc neque in Armeniis tigres fecere latebris,
Perdere nec foetus ausa leaena suos.
Et tenerae faciunt, sed non impune puellae,
Saepe suos in utero, quae necat, ipsa perit“.

Ovidii, Lib. Amor. II, eleg. 14.

Percheval omawia dążenia nowoczesne, aby zapobiedz kry-
minalnym poronieniom za pomocą moralnego wpływu lekarza
domowego, uświadomienia kobiet, jakie im niebezpieczeństwa
grożą, za pomocą ulepszenia opieki nad dziewczętami uwiedzio-
nemi, lepszej opieki nad dziećmi nieprawego łoża i t. d., i oskar-
ża poprostu akuszerki, że one są poroniarkami z powołania.
W pewnym procesie w Paryżu akuszerka, oskarżona o spędze-
nie płodu, przyznała się do czynu tego i broniła się tem, że
powiedziała prezesowi sądu: Proszę pana, wszystkie akuszerki

„pratiquent l'avortement“, że z samych porodów akuszerka wyżyć nie może!

Percheval przychodzi do wniosku, że aby zmniejszyć liczbę zbrodniczych poronień, wypadaloby skasować zupełnie akuszarki. „Nous pensons, que le mieux serait de supprimer toute cette classe de matrones diplômées de l'État et dont la plus grande partie fait la honte à la profession“.

Nie znam osobiście bliżej stanowiska socyalnego i czynności akuszerki paryskich, lecz osobiście wątpię, aby rzeczywiście większość akuszerki zajmowała się procederem spędzania płodów. Że za pomocą spędzania płodów łatwo dorobić się majątku, i że wobec faktu, iż tylko bardzo rzadko poroniarz lub poroniarzka dostają się przed sąd, i że daleko nie zawsze udaje się winy dowieść, nareszcie, że pokusa jest zbyt wielka, ponieważ liczba kobiet z wszystkich warstw towarzyskich, które nie chcą być w ciąży, stale wzrasta i za spędzenie płodu ofiarują nieraz dziesiątki, setki i tysiące, wszystko to razem tłómaczy wzrastającą częstość kryminalnych poronień. Lecz nie każdy przecież człowiek dla rubla dopuści się czynu, który go wprowadzić powinien albo może w kolizję z kodeksem karnym. Wątpię, aby słowa wypowiedziane przez Perchevala co do akuszerki francuskiej, miały zastosowanie co do akuszerki naszych.

Artur Brun („Der Kampf gegen die kriminelle Frucht-abtreibung“ — Zentralblatt für Gynäkologie, 1912, № 22) wspomina o projekcie Bossiego, który w r. 1908 przyjęło Paryskie Towarzystwo Akuszeryjne, aby utworzyć międzynarodowy komitet dla walki ze spędzaniem płodów, oraz kładzie główny nacisk na podniesienie moralnego poziomu akuszerki, ponieważ najwięcej właśnie akuszarki zajmują się spędzaniem płodów. Pisze on „Die Frucht-abtreibung ist eine Brotfrage der Hebammen“. Im biedniejsza jest akuszerka, tem łatwiej zdecydjuje się na powiększenie dochodów swoich za pomocą spędzania płodów. Również żąda Brun ograniczenia liczby akuszerki oraz ściślejszej kontroli rządowej nad ich czynnościami.

Prawo zabrania sztucznego przerwania ciąży bez lekarskiego wskazania do usunięcia ciąży, prawo karze takowe, a swoją drogą liczba takich poronień nie tylko nie zmniejsza się, lecz stale rośnie, a nawet pacjentki, gdy położnika do sie-

bie propter abortum wezwą, nie kryją się z tem, że poronienie było sztucznie wywołane. Gdyby usuwanie ciąży niepożądaney dla tej lub owej przyczyny odbywało się przez fachowca z wszelkimi ostrożnościami co do aseptyki, co do terminu przerwania ciąży i t. d. i t. d., stanowczo śmiertelność po poronieniach, sztucznie wzniecanych, byłaby mniejsza, niż jest dziś, gdzie usuwaniem ciąży zajmują się często osoby z fachem bynajmniej nie obznajmione. Lecz jakież jest wyjście z tego błędnego koła? Nie moją jest rzeczą, nie zadaniem jednostki lekarskiej taką sprawę rozstrzygać, ale zadaniem ogółu lekarzy znaleźć drogę, aby koniec położyć tej bolączce społecznej.

W № 21 „Przeglądu Lekarskiego“ profesor Rosenblat w artykule „Przerwanie ciąży wobec prawa karnego“ rozpatruje stanowisko kodeksów karnych różnych krajów co do karania lub bezkarności poronień, wzniesionych przez lekarza dla ocalenia matki. Kodeks rosyjski, podług nowej ustawy z roku 1903, w paragrafie 46 uznaje prawo lekarza bezkarnie udzielić pomocy ciężarnej dla ocalenia jej życia, poświęcając dla jej dobra płód. Wymagane są wskazania lekarskie

Rosenblat pisze: „Co do przyczyn dla sztucznego poronienia, w których bezkarność może być ustawowo zagwarantowana, należy rozróżnić przyczyny spędzenia płodu społeczne i lekarskie. Do wskazań społecznych w ogólnem tego słowa znaczeniu zaliczyć można;

1. Zgwałcenie kobiety z zapłodnieniem.
2. Ekonomiczne położenie rodziców, nie będących w stanie dzieci utrzymać, szczególnie położenie ciężarnej niezamężnej.
3. Wskazania higieniczno-rasowe, t. j. dziedziczne choroby rodziców i wynikająca stąd obawa, że dzieci, urodzić się mające, będą skarłowaciałe, dotknięte kiłą lub dziedziczną chorobą umysłową.
4. Wskazania, wypływające z tak zwanego «Trauma psychicum», urazu psychicznego — do jakich należy obawa, że kobieta, będąca w ciąży po za małżeństwem, odbierze sobie życie i t. d.“.

Drugą grupę stanowią wskazania lekarskie, ustanowione przez naukę lekarską. W przyczynach pierwszej grupy mamy do czynienia z kobietą zdrową, w przyczynach drugiej grupy z kobietą chorą. Otóż lekarzowi nie wolno przerywać ciąży

u kobiety zdrowej — czyli, że wskazania tak zwane społeczne przez lekarza nie mogą być uwzględniane. Jeżeli kto dokonywa przerwania ciąży dla przyczyn nie ściśle lekarskich, a dla społecznych, nie działa jako lekarz, lecz jako człowiek, zasługujący na sympatyę i na łagodne traktowanie, ale nie ma prawa żądać bezkarności.

Dawniej karano spędzenia bardzo surowo, dziś poglądy znacznie zmieniły się, złagodniały, a odzywają się również głosy, wymagające zupełnej bezkarności. Na zupełną bezkarność spędzenia płodu zgodzić się nie można. Sprzeciwiałoby się to etyce i rozpowszechnionemu dotąd poczuciu prawa — legis non scriptae. Sprowadziłoby to zupełną dowolność, a w dalszym ciągu — demoralizację. Że jednak matki, spędzające płód, należy traktować o wiele łagodniej, aniżeli to czyniono dawniej, a to w uwzględnieniu przyczyn, przytoczonych powyżej, jest dzisiaj rzeczą powszechnie uznaną. Pociąga to za sobą i ten skutek, że przerwanie ciąży, dokonane przez lekarza „lege artis”, mniej, być może, będzie karygodne, aniżeli przerwanie, dokonane przez osobę niepowołaną, zagrażające życiu lub zdrowiu matki. Bezkarność jednak musi być ograniczona ustawowo do wskazań ściśle lekarskich“.

Pewien odłam akuszerów żąda uświadamiania publiczności, w jaki sposób niepożądanemu poczęciu zapobiedz zdoła, nie używając środków szkodliwych, drugi żąda jaknajsurowszej kary dla poroniarzy profesjonalnych, inni znów żądają znacznego rozszerzenia wskazań lekarskich do sztucznego przerwania ciąży, inni zaś, jak Percheval, żądają, aby zmniejszyć liczbę zbrodniczych poronień, opieki nad uwiedzionymi dziewczętami, dziećmi nieprawego łoża i t. d., o czem powyżej już mówione było.

W ogromnej większości przypadków poronienia zbrodnicze dokonywane bywają wcale nie u dziewcząt uwiedzionych, ale u mążatek — gdzie argument wstydu, społecznej klęski i t. d. nie wchodzi wcale w rachubę, a motywy zupełnie innej natury. W grudniu roku zeszłego wyznaczono w Petersburgu w Towarzystwie ginekologicznem komitet, który ma się zająć sprawą, jak złemu zaradzić.

Bardzo gruntownie opracował kwestyę społecznych wskazań sztucznego poronienia w odczycie znakomitym, ogłoszonym

w zeszytcie 3 i 4 *Gynaekologische Rundschau*, 1912 r. Rotter. On bynajmniej nie żąda zniesienia kary, lecz udoskonalenia profilaktyki przeciw niepożądanemu poczęciu, aby zmniejszyć odsetkę sztucznych poronień: „Kobieta nie jest zwierzęciem rozplodowem i nieuzasadnione jest wymaganie, aby kobieta długi okres życia swego, w którym zdolna jest do poczęcia, koniecznie poświęcała poczęciu, ciąży i karmieniu dziecka. Ograniczenie zapłodnienia jest bezspornym przywilejem i prawem człowieka“, „ein unbedingt zu respektierendes Vorrecht des Menschen“, chociaż nie tak absolutnem prawem, jakiem jest prawo każdego płodu do życia“.

Pod koniec XVIII wieku już Beccarias jako środek dla zapobiegania sztucznym poronieniom żądał założenia rządowych przytułków i domów wychowawczych dla tych dzieci, których rodzice nie są w stanie ich wyżywić i wychować, oraz okazania w jak najszerszym zakresie opieki rządowej uwiedzionym niewiastom ciężarnym.

U nas pierwszy krok na tem polu zrobił szlachetny ksiądz misionarz Piotr Baudouin, zakładając w roku 1732 (1736) już w Warszawie Dom Podrzutków. Król Stanisław August ustanowił nawet specjalny podatek w ilości 3 dukatów od kawalerów orderu Ś-go Stanisława na utrzymanie domu podrzutków i szpitala Dzieciątka Jezus, w r. 1754 założonego.

Percheval, omawiając sądowe dochodzenie przeciw poroniarzom, podnosi kwestyę: Czy tentamen abortus jest karygodne z punktu widzenia kodeksu karnego, gdy do poronienia nie przyjdzie? Czy można karać poroniarza za tentamen abortus u kobiety wcale nie ciężarnej? Czy można karać za usiłowanie spędzenia płodu, który wcale nie istnieje?

Teoretycy francuscy ustanowili, jako momenty karygodności, cztery warunki:

1. Ciężę kobiety.
2. Fakt ustanowiony, że poronienie miało miejsce.
3. Fakt dowiedziony, że używane były środki sztuczne lub zabiegi dla wywołania poronienia.
4. Ustalenie kryminalnych zamiarów poroniarza lub poroniarki.

Jeśli do poronienia nie przyjdzie, kara nie może być uzasadniona prawnie. Obecnie zadawnione owe poglądy upadły

i samo tentamen abortus provocandi już uznane jest za przestępstwo i bywa karane. W Niemczech: od postanowienia „Reichsgericht'u“ w dniu 24 maja 1880 wszelkie usiłowania spędzenia płodu są karane, czy poronienie nastąpiło, czy nie, a tak samo i tentamina abortus provocandi tam, gdzie ciąży wcale nie było. Sąd karze nie dla tego, że ktoś ucierpiał przytem, lecz za karygodny zamiar — „nicht weil eine sociale materielle Schaedigung stattfand, sondern weil eine strafbare Absicht bestand“. Podług kodeksu francuskiego dziś jeszcze nie może być mowy o karaniu za wywoływanie poronienia, tam gdzie ciąży wcale niema. A więc nie możnaby karać złodzieja za zamiar kradzieży, gdy w zamiarze kradzieży wsunie rękę do obcej kieszeni, która przypadkiem okazuje się próżna? Percheval żąda zmiany paragrafu 317 kodeksu i domaga się kary za usiłowanie wywołania poronienia niezależnie od tego, czy ciąża istniała, czy nie. Prawo niemieckie, belgijskie i rosyjskie karze każde tentamen abortus provocandi, o ile nie było zrobione ze wskazań lekarskich. Prawo austriackie, jak pisał mi prof. Wachholz, analogicznego niemieckiemu orzeczenia nie ma; tam w razie braku ciąży o usiłowaniu spędzenia płodu nie byłoby mowy. Paragraf 145 kodeksu austriackiego brzmi: Gdy usiłowano wywołać kryminalne poronienie — czy doszło do niego czy nie — kara wynosi od 6 miesięcy do roku więzienia. Paragraf 147: Karany będzie, kto wywołał poronienie, lub też tylko starał się wywołać je.

Percheval domaga się uzupełnienia kodeksu karnego francuskiego tej treści: „Il y a tentative d'avortement punissable dès qu'il est établi, que l'auteur avait l'intention de provoquer l'avortement alors même que la tentative ne pouvait avoir aucune suite du fait de l'absence de grossesse, ou a cause de l'emploi d'un moyen réputé abortif mais inefficace“.

Bardzo trudne w przypadkach tentaminis abortus provocandi może być rozpoznanie lekarskie. Niektóre ciężkie przypadki pelvicellulitidis u kobiet, które poprzednio ani rodziły, ani roniły, u których nie dokonywano żadnego rękoczynu lekarskiego, który mógł stać się źródłem zakażenia, można jedynie i wyłącznie objaśnić sobie zbrodniczą manipulacją, jak pisze Siegwart: „am untauglichen Objekt“. Głównie u nulliparae o wysiękach w miednicy wypada zawsze podejrzewać jakies

zbrodnicze manipulacje w rodzaju tych, jakie stosowane bywają dla wywołania poronienia. Rękoczyny takie par excellence wywołują wypocinowe parametryty w związku z urazem i zakażeniem.

Pomimo, że pacjentki te rzadko tylko przyznają się do dokonanych manipulacji zbrodniczych, a zwykle kłamią, albo milczą, nie pozostaje nic innego, jak szukać źródła choroby właśnie w takich manipulacjach, tak samo, jak, na przykład, wysięki takie przymaciczne powstają nieraz po włożeniu do macicy tak zwanych wewnątrzmacicznych pessaria anticonceptionalia, jak pessarium Hollwega, Rauha, Rittera i t. d. Rozpoznanie dla lekarza, wezwanego do takiej pacjentki, bywa nadmierne trudne w wielu przypadkach wskutek podwójnie fałszujących wywiadów. Primo, osoba taka wprowadza w błąd lekarza przez umyślne ukrywanie przed lekarzem faktu owych manipulacji zbrodniczych, które miały miejsce, a secundo — przez wprowadzenie lekarza w błąd, ponieważ chora mówi, że była w ciąży, jakkolwiek ciąży wcale niema i nie było. Lekarz wtedy w dobrej wierze przypuszcza abortus incompletus, i szykuje się do doszczętnego oczyszczenia macicy łyżeczką z resztek jaja. Nieraz natrafia na małą macicę o ciasnem ujściu wewnętrznem, stawiającem opór rozszerzaniu, nieraz bezwiednie łyżeczkowaniem powiększa jeszcze uraz już istniejący poprzednio ścian macicy, perforację, przez poroniarza zrobioną i t. d. Bezwiednie więc w takich przypadkach lekarz, pragnąc pomódz chorej, położenie jej jeszcze bardziej pogorszy swoją akcją ratunkową.

Kazuistyka zawiera takich przypadków sporo. W innych przypadkach powstają inne niebezpieczeństwa, gdy np. istnieje niepodejrzwana ciąża zewnątrzmaciczna, i gdzie z mylnego wskazania dokonana próba wyskrobania jakoby sub abortu incompleto bez istniejącej ciąży macicznej wskutek operacyjnego urazu przyjdzie do nagłego pęknięcia ciężarnego jajowodu i krwotoku śmiertelnego. Jaskrawy przykład trudnego położenia lekarza co do rozpoznania opisał Gronau. W przypadku tym rozpoznano krwotok wewnętrzny wskutek przypuszczalnie pęknięcia jajowodu ciężarnego i dokonano niepotrzebnie laparotomii. Nie było ciąży, a zapaść była skutkiem otrucia jakimś płynem, wstrzykniętym do tkanki łącznej między pęche-

rzem a macicą. Nie sposób co do rozpoznania dawać wskazówek pewnych, wypada tylko być świadomym tego, że przypadki *tentaminis abortus provocandi deficiente graviditate uterina aut praesente extrauterina* zdarzają się, i zdarzają się często, i że w tych przypadkach bardzo często wywiady są kłamiwe. Gdy lekarz będzie pamiętał o tem, że w takich przypadkach niejasnych trzeba liczyć się z możliwością poprzedniego *tentaminis abortus*, już mniej łatwo stanie się ofiarą łatwowierności co do wywiadów! Kto raz z takim przypadkiem miał do czynienia, zawsze będzie o nim pamiętał i to mu ułatwi zorientowanie się w przypadku innym, który mu się w przyszłości przytrafić może.

Odczyt ten, który poniekąd jest streszczeniem tej sprawy tak ważnej, a dotychczas mało uwzględnianej w nauce, ma na celu zaznajomić szerszy ogół praktyków z częstością takich przypadków oraz ich poważnem znaczeniem dla życia chorej. „*Fors et haec olim meminisse juvabit*“.

W tem miejscu chciałbym na zakończenie poruszyć jeszcze sprawę dla ogółu ginekologów, prawdopodobnie, obcą. Przyczyny powstawania ciąży pozamacicznej są, jak wiadomo, nader wielorakie, i zdania autorów co do etyologii bardzo różne, nieraz sprzeczne. Jedni twierdzą, że ciąża jajowodowa może nastąpić tylko w jajowodzie zdrowym, inni, że w jajowodzie chorym, że patologiczny stan jajowodu usposabia do implantacyi jaja w jego śluzówce i t. d. Oryginalną hipotezę wypowiedział około 2 lat temu Wernitz w Odessie. Przypuszcza on mianowicie, że do większej dziś częstości ciąży ektopicznej przyczyniają się manipulacye kobiet, aby w razie zatrzymania się peryodu chociażby na dzień jeden lub dwa koniecznie go wywołać. Stosują wtedy kąpiele gorące ogólne, kąpiele nożne, synapiзмы i t. p., a głównie robią gorące szprycowania do pochwy, gorące okłady i t. p. Otóż Wernitz przypuszcza, że wskutek tych manipulacyi powstaje pewne kongestyjne przekrwienie śluzówki nie tylko pochwy i macicy, lecz i samych jajowodów, i że ten stan, sztucznie wywołany, daje właśnie warunki korzystne dla usadowienia się jaja w jajowodzie.

Myśl Wernitza uważałem za nową i przyznać muszę, wiele przemawia na korzyść tej hipotezy. Wernitz tem chce wytłómaczyć coraz to wzrastającą dziś częstość ciąży ektopicznej.

W bibliotece mojej znalazłem broszurę włoskiego profesora Fabbri pod tytułem: „Le Iniezione endouterine possibile causa di gravidanza tubaria. Estratto dagli Atti della Societa Italiana di Ostetricia e Ginecologia“. Volume V, Anno 1898.— Roma 1899.

Fabbri wychodzi z zupełnie analogicznego założenia, i to opierając się na jednym spostrzeżeniu własnym. Dotyczy ono pacjentki, którą Fabbri zna od wielu lat, i którą niejednokrotnie leczył. Chora lat 35 urodziła na 6 ciąży pierwsze i ostatnie dziecko żywe donoszone, przy drugiej, trzeciej i czwartej ciąży siedmiomiesięczne, i raz poroniła w 3 miesiącu. Retroversio uteri, leczona wiankiem oraz tonizującą terapią, została usunięta. Wskutek endometrytu Fabbri stosował wewnątrzmaciczne wstrzykiwania roztworu kwasu salicylowego 3:1000. Kilka dni przed spodziewanym peryodem wbrew zakazowi chora miała stosunek z mężem, o czym na razie lekarzowi nic nie mówiła. Stosunek ten był zapładniający. Fabbri, nie wiedząc o tym stosunku, zastosował jeszcze dwie iniekcje wewnątrzmaciczne. Wkrótce okazało się, że powstała ciąża pozamaciczna. Fabbri podnosi sprawę, czy owa „iniezione endouterina fatta dopo il coito fecondante“ nie była przyczyną powstania ciąży pozamacicznej.

Nie chcę w tem miejscu rozpatrywać tej kwestyi nowej i niewyjaśnionej, uważam jednak za obowiązek zwrócić uwagę kolegów na nowe te poglądy tem bardziej, że kazuistyka pracy obecnej zawiera aż 21 spostrzeżeń ciąży pozamacicznej u kobiet, które podlegały zabiegom, aby poronić. Może być to nic więcej, jak przypadkowa koincydencja, a może być, że i nie.

O ile w kazuistyce mojej chodziło o zabiegi w rodzaju takich, o jakich mówią Wernitz i Fabbri, warto zastanowić się nad tą sprawą, czy istnieje związek przyczynowy pomiędzy zabiegami, aby powstrzymany peryod wywołać, a powstaniem ciąży pozamacicznej.

W sprawie szwu naczyń krwionośnych.

Wielce Szanownemu Jubilatowi w dniu Jego złotych godów z zawodem lekarskim pracę niniejszą poświęcam

Aleksander Zawadzki.

W sprawie szwu naczyń krwionośnych.

Dzięki postępowi aseptyki i techniki chirurgicznej w ciągu ostatnich lat dziesięciu szew naczyń krwionośnych przestano uważać za „objet de luxe“, za sposób tamowania krwawienia wprawdzie elegancki, lecz karkołomny; przestano nazywać wykonywanie szwu akrobatyzmem chirurgicznym; stał się on jednym ze zwykłych sposobów operacyjnych w tych przypadkach, w których podwiązanie naczyń jest groźne dla życia, lub kończyn chorego.

Na samym wstępie uzależniłem losy szwu naczyniowego od postępów aseptyki, gdyż doświadczenie poucza, że wszelkie niepowodzenia w mniejszej stoją zależności od techniki wykonania ¹⁾, niż od zachowania ścisłej aseptyki, o której Carrel (31) mówi: „aseptyka, zupełnie wystarczająca do wykonania operacji brzusznej, jest niewystarczająca dla szwu naczyniowego“; wymaga on aseptyki idealnej, wyłączającej zupełnie użycie antyseptyków.

Brak aseptyki pociąga za sobą tworzenie się skrzepów, ropnicę lub posocznicę, wtórne krwotoki,—użycie antyseptyków—skrzepy. Najmniejsze uszkodzenie błony wewnętrznej naczynia pociąga za sobą tworzenie się skrzepliny. Stwierdził to Lexer (166) w swoim przypadku wszczepienia kawałka żyły podskórnej (saphena) w tętnicę pachową: skrzep w miejscu urazu od zaciskadeł, w miejscu szwu drożność zupełna.

Tworzeniu się skrzepu sprzyja zetknięcie się błony wewnętrznej naczynia z antyseptykami, mięśniami, sokiem tkankowym, nieostrożne dotykanie jej szczypczykami, a nawet krew, obok niej krzepnąca (Carrel, 29).

¹⁾ The success depends much less on the way of handling the needles or passing the threads than on the knowledge of the causes which are able to determinate a deposit of fibrin on the wall of the vessel on the line of anastomosis and of their removal.

Szew wymaga, by błony wewnętrzne stykały się bezpośrednio, najmniejsza cząstka błony zewnętrznej, dotykająca błony wewnętrznej, może wywołać skrzeplinę. Zupełnie jałowe szwy pokrywają się bardzo szybko komórkami śródbłonna, w krótkim czasie blizna staje się prawie niewidoczną — mamy przed sobą powierzchnię gładką, lustrzaną. Najmniejsze zakażenie wywołuje odkładanie się włókniaka — skrzep.

Gdy pomyślimy, że brzegi naczynia, ujęte w szew jałowy, ulegają aseptycznej zgorzeli, stopniowo zaś zostają zastąpione przez tkankę łączną i sprężystą, wówczas stanie się dla nas jasna potrzeba owej idealnej aseptyki. W przeszczepianiu kawałków naczyń sprawa jest tem więcej złożona, że zgorzeli ulega cały przeszczepiony odcinek, który odgrywa jakoby rolę chwilowej tylko protezy; zostaje ona zastąpiona przez tkankę łączną i sprężystą, niema więc mowy o wgojeniu się wszczepionego kawałka, który żyć już przestał ¹⁾. (79).

Najmniejsze zakażenie przebieg tego zastępstwa — wrastania — powstrzymuje; wówczas pozostają dwa zejścia — rozpad wszczepionej tkanki i krwotok wtórny, lub skrzep i zamknięcie się światła naczynia.

Wyżej przytoczone względy zmuszają nas, wobec konieczności nałożenia szwu, do postawienia sobie pytania, czy w danych warunkach jest on możliwy, innemi słowy, czy można oczekiwać od tego zabiegu pomyślnego wyniku.

Z jednej strony wskazanie do szwu mamy tam, gdzie podwiązanie naczynia grozi życiu chorego, lub powodować może utratę kończyny, z drugiej — wskazanie zależy od warunków operacyjnych.

Wobec rany zupełnie czystej, dobrego stanu naczyń krwionośnych (kruchość stanowi przeszkodę), łatwego dostępu do nich, decydujemy się na szew; operując w szpitalu lub klinice, szyjemy naczynia, w praktyce prywatnej — ograniczamy się nałożeniem podwiązki (brak dobrej pomocy oraz odpowiednich warunków).

Na dalszym planie należy postawić instrumentarium — bardzo często wystarczą cienkie igły kiszkowe, jedwab № 0, powleczony warstwą wyjałowionej waseliny lub płynnej para-

¹⁾ tworzy się „Flickgewebe“ — tkanka łątana. (79).

finy, zwykle szczypczyki o cienkich końcach, palce lub delikatny igłotrzymacz uzupełniają konieczne dla tego zabiegu instrumentarium. Ucisk naczyń można wykonać palcami lub za pomocą rurki gumowej, której końce zaciskamy zwykłymi kleszczykami hemostatycznymi; na kończynach, jeżeli jest miejsce po temu, nakładamy opaskę Esmarcha, względnie—stosujemy Momburga. Skoro mamy odpowiednie warunki, szew naczyniowy specjalnych trudności nie nastręcza — o technice nakładania jego słów parę chcę powiedzieć. Sposoby nakładania szwu naczyniowego stawały się wraz z postępami aseptyki coraz mniej złożonymi.

Gluck (103) (Rys. № 1) uważał za konieczne szyć, chwytając tylko błonę zewnętrzną, oraz środkową, a linię szwu wzmacniać przez nasuwanie mankieta z naczynia. Murphy (187) (Rys. № 2) proponował sposób wPOCHWIENIA, a Payr (198) (Rys. № 3) sporządził odpowiednie magnezyowe protezy ¹⁾, Jaboulay i Briau (130) (Rys. № 4), a za nimi Jensen (141) podali szew w kształcie litery U, Pizovano (201) (Rys. № 4a) sposób wywracania brzegów naczyń za pomocą bocznych nacięć. Smith (229) znowu w celu zbliżenia błon wewnętrznych stosuje belecзки z chromowego catgut (Rys. № 5 i 6), a Hadda (114) dla wykonywania zespołów tętniczożylnych ulepszył przyrząd Pawłowa (przetoka Ecka). Carrel (25, 26) (Rys. № 7, 8, 9, 10), Stich (232, 233) i Frouin (92) już nie obawiają się przekłuwać ścianę naczynia całkowicie, pozostawiając szwy w świetle jego, byle aseptyka była idealna.

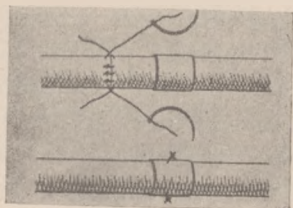
W ostatnich czasach podał swój sposób Dorrance (72) — szew dwupiętrowy, jeden materacowy, drugi tak zwany na okrętkę, obydwie ciągle.

Z kliniki Kortewega ²⁾ w b. r. ogłosił pewną odmianę nakładania szwów ustalających Zaaijer (268) specjalnie dla żył, jest to, rzec można, szew Lemberta, nakładany od strony wewnętrznej naczynia (Rys. № 11 i 12).

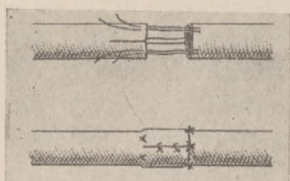
Poszczególne sposoby przedstawione są na tablicach, dlatego też dłużej o nich obszerniej pisać nie będę. Przejdę wprost do techniki Carrela.

¹⁾ Crile zaproponował modyfikację ich. (57).

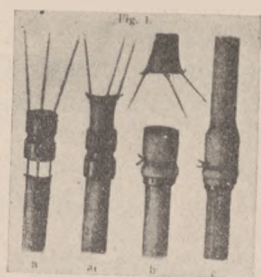
²⁾ Cntblt. für Chir. № 39. Zaaijer.



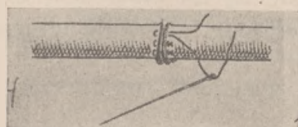
Rys. № 1.



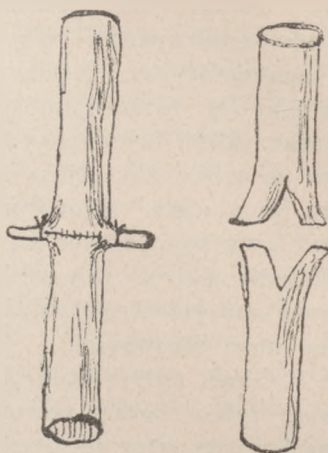
Rys. № 2.



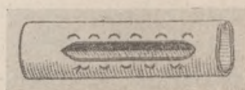
Rys. № 3.



Rys. № 4.



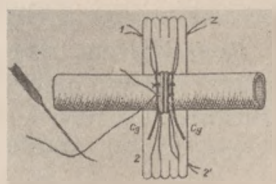
Rys. № 4a.



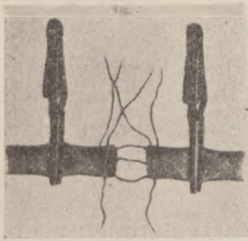
Rys. № 5.



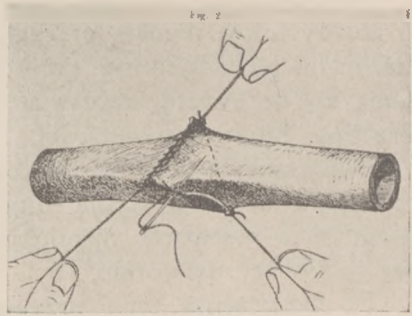
Rys. № 6.



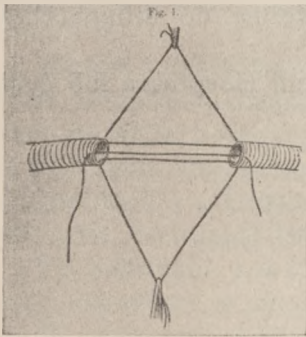
Rys. № 6a.



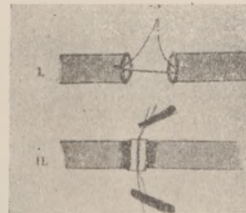
Rys. № 7.



Rys. № 10.



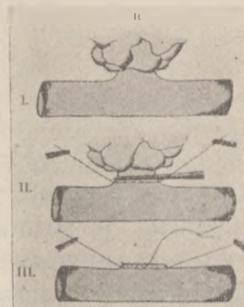
Rys. № 8.



Rys. № 11.



Rys. № 9.



Rys. № 12.

Po obnażeniu naczyń i zatamowaniu wszelkiego krwawienia, należy luźną tkankę, otaczającą naczynie, wyciąć, naczynie obnażyć od periadventitia na odstęp szwów dla uniknięcia zawijania się do światła naczynia i dostania się jej pomiędzy powierzchnie błony wewnętrznej. By ustrzedz się styczności błony wewnętrznej z sokiem tkankowym lub mięśniami, a także wysychania ścian naczynia, otaczamy je od spodu okładem, zwilżonym w roztworze fizyologicznej soli; podczas szwu zwilżamy je tymże roztworem.

Po ukończeniu tych przygotowań, przystępujemy do wykonania czasowej przerwy w krwiobiegu: tętnice zamykamy najpierw dośrodkowo, żyły — obwodowo; w tym celu stosujemy:

- a) ucisk palcami;
- b) podkładamy pod naczynie rurkę gumową lub grubą strunę, i, unosząc naczynie, wywołujemy załamanie się jego;
- c) nakładamy zwykłe żabki, podobne do diffenbachowskich (Carrel);
- d) zaciskamy naczynie kleszczykami Hoepfnera lub Archibalda Smitha (Rys. 12a);



Rys. № 12a.

- e) w razie operacji na kończynie stosujemy opaskę Esmarcha lub sposób Momburga;
- f) otaczamy naczynie przeciętą wzdłuż rurką gumową i zawiązujemy ją struną.

Największym powodzeniem cieszą się kleszczyki Hoepfnera, których końce otaczamy gumą lub knotem, oraz żabki.

Ponieważ przyścienny szew nie przedstawia żadnych specjalnych trudności, przeto mówić będę tylko o szwie okrężnym.

Do szycia używany jest zwykle jedwab z Lyonu od Lepine'a ¹⁾ № 11/2, nici № 7000 lub z fabryki koronek Valenciennes № 5000. Niektórzy szyją struną № 00 (pęczniejąc, zatyka otwory od ukłuć). Doyen szyje jedwabiem № 0. Carrel dla uwi-docznienia białych nici używa czarnych kompresów i fartuchów.

Najlepiej szyć igłami Kirby London № 13, 14, 16 courte; Stich sprowadza je od Assady z Lyonu ²⁾, inni posiłkują się cienkimi igłami kiszkowemi lub łącznicowemi, a nawet kiszko-wą igłą Reverdina.

Gotowe igły z nitką lub jedwabiem, wyjałowione w para-finie, sprzedają w zatopionych rurkach Collin, Triollet ³⁾ i Robert et Carrière ⁴⁾.

Szyć można za pomocą imadła o cienkich chwytach (dwa typy Collina), lub palcami; dla ujmowania brzegów naczynia należy mieć szczypczyki o cienkich, poprzecznie rowkowanych końcach.

Najpierw nakładamy w równych odstępach trzy szwy (Frouin cztery) ustalające, zawiązujemy je mocno, pozostawiając długie końce, za które pociąga asystent. W ten sposób z rurki okrągłej tworzymy trójkąt, na którego brzegi rozpoczynając od tylnej powierzchni z łatwością nakładamy szew ciągły. Przy spotkaniu nitki ustalającej tworzymy węzeł.

Po nałożeniu szwu, zdejmujemy zaciskadła z tętnicy naj-pierw obwodowe, z żyły dośrodkowe.

W pierwszej chwili po zdjęciu zaciskadeł występuje dość silne krwawienie z otworów od ukłuć lub z przestrzeni pomiędzy szwami,—wystarcza lekki ucisk linii szwów za pomocą ka-wałka gazy przez 2—5 minut, by sączenie się krwi ustało; gdy to nie pomaga, nakładamy jeden lub parę szwów wzmacniają-cych. Gaetano (155) dla ułatwienia wkłada do światła naczyń szklaną rurkę, którą przed zaciągnięciem ostatnich szwów usu-wa. Carrel dla uniknięcia dłuższej przerwy w krwiobiegu wkła-da do naczyń wydrażony parafinowy cylinder, który po skoń-czonym szwie wydostaje przez boczne nacięcie w ścianie naczynia.

1) Lyon 14 place Terreaux. Lepine.

2) Lyon 12 rue Jean Tournes. Assada.

3) Paris 31 rue Bonaparte. Triollet.

4) Paris 37 rue de Bourgogne. Robert et Carrière.

Po skończeniu szwu należy za pomocą paru szwów głębokich przykryć naczynie tkanką otaczającą.

Cały szereg doświadczeń Carrela, Sticha, Frouina, Hoepfnera, Exnera (80), Uilmanna (257), Ungera (258) i innych dowodzi możliwości wykonania tego zabiegu na naczyniach o średnicy powyżej 3 mm.

Bardzo wiele szwów pomyślnie wykonanych u ludzi (Schede (217), Braun (20), Berard (6) i Cavaillon, Zoega v. Mantoufel (271), Vidal (266), de Martel (172), Hallopeau (115), Depage (69) (v. portae) i inni) stwierdzają znaczenie tego zabiegu dla ratowania życia.

Wogóle u ludzi wykonano do tej pory z górą 100 szwów tętnicznych, w czem okrężnych 46.

Kiedy w roku ubiegłym na zjeździe chirurgów francuskich rozprawiano nad szwami naczyniowymi, jeden z dzielniejszych chirurgów francuskich Vidal, który nie cofnął się przed wszystkim żyły wrotnej do głównej żyły dolnej z pomyślnym wynikiem, orzekł, że cała dyskusya dowodzi chęci unikania szwu naczyniowego, o ile to dotyczy żył, i słusznie, bo szew naczyniowy, wobec możliwości skrzepu, ropnicy lub posocznicy, wienien być nakładany tylko wówczas, gdy są po temu ścisłe wskazania i warunki, gdy uniknąć go nie można, gdy, podwiązując dane naczynie, ryzykujemy życie chorego lub kończyny. Dotyczy to wszystko szwu okrężnego; co do szwu przyściennego, który daje bardzo dobre wyniki, należy go nakładać tem bardziej, że jest stanowczo pewniejszy od przyściennej podwiązki (wtórne krwotoki).

Stawiając sprawę w ten sposób, ograniczę się na wyliczeniu naczyń, na które szwy muszą być nakładane. (Cottard: vaisseaux liables et non liables)

1. Aorta piersiowa i brzuszna ¹⁾ (20), (szczególniej powyżej tętnic nerkowych);
2. Tętnica płucna (zabieg Trendelenburga) (252, 253, 254);
3. Tętnica udowa tuż pod więzmem Pouparta;
4. Tętnica podkolanowa;
5. Tętnica podobojczykowa;

¹⁾ Braun — szew okrężny.

6. Często tętnica pachowa;
7. Tętnica bezimienna i szyjowa wspólna;
8. Żyła główna górna (szczególniej ponad ż. nieparzystą);
9. Żyła główna dolna (szczególniej ponad żyłami nerwowymi);
10. Żyła wrotna (nagle podwiązanie — śmiertelne) ¹⁾;
11. Jednoczesne zranienie żyły i tętnicy udowej.

Jeżeli naczynia te są zranione na znacznej przestrzeni, lub muszą być częściowo usunięte, gdy końców ich doprowadzić do siebie nie można, pozostają rozmaite drogi:

- a) przeszczepienie kawałka żyły na miejsce brakującej tętnicy ²⁾ (166), (110);
- b) wszczepienie tętnicy do sąsiedniej żyły (Doberauer) (71);
- c) załatanie dziury w naczyniu kawałkiem otrzewnej (doświadczenia Carrela) (46);
- d) wszczepianie, stosowane przez Carrela, znane pod nazwą (30) „cold storage“: naczynia, wyjęte aseptycznie, przechowuje się przy $+1^{\circ}\text{C}$. w płynie Lockego ³⁾ do 25 dni (później występuje autolysis);
- e) homöoplastyczne i heteroplastyczne przeszczepiania bezpośrednie ⁴⁾.

Należy pamiętać, że w przypadku guzów rozwija się częstokroć wskutek stopniowo postępującego ucisku oboczne krążenie i że zwykle podwiązanie naczyń w tych przypadkach uchodzi bezkarnie. Skoro mamy nakładać podwiązkę na większe pnie naczyniowe, należy zwracać uwagę na stan serca,

¹⁾ Hallopeau, Dépage.

²⁾ Goyanes (110) wszczepił kawałek żyły podkolanowej na miejsce wyciętego tętniaka w tętnicy podkolanowej (żyły nie wyosabniał). Lexer (165) przeszczepił kawałek żyły podskórnej (v. saphena) na miejsce braku w tętnicy pachowej.

³⁾ Od żywego zwierzęcia lub zdychającego kawałki tętnicy lub żyły, wzięte aseptycznie, przemywamy roztworem fizyologicznym soli, płynem Lockego (Natrii chlorati 9.0, Calcii chlorati 0.24, Kalii chloratii 0.42, natrii bicarb. 0.02, glucosi 1.0, aquae dest. 1000), albo surowicą zwierzęcia tegoż, lub innego gatunku. Zachowujemy przy $+1^{\circ}\text{C}$ w aseptycznych szklanych rurkach, na dnie których leży wata, zmoczona w płynie Lockego lub surowicy.

⁴⁾ Doyen przeszczepił żyłę z barana na człowieka (Congrès français de la chirurgie, 1909).

które może odpowiedzieć na nagle zwiększone ciśnienie — nie-
domogą.

Szew naczyniowy znalazł zastosowanie w całej grupie ope-
racji, zwanych zespoleniami:

- 1) zespolenia żylnyżylne, wykonane np. przez Vidala i de Martela (żyła wrotna do żyły głównej dolnej) (przetoka Ecka) lub przez Delbeta (65)—żyła podskór-
na (saphena) do żyły udowej (przy varices);
- 2) zespolenia tętniczożylny w zgorzeli miażdżycowej lub starczej;
- 3) zespolenia żylnotętnicze dla transfusio krwi (Crile i Dolley) (55).

Zespolenia pomiędzy tętnicą i żyłą udową mają już całe
piśmiennictwo na zwierzętach doświadczalne i operacyjne na lu-
dziach, do tej pory jednak, jak mówi Zesas, sprawa jest sporna
i wymaga dalszych doświadczeń dla rozwiązania kwestyi, czy
krew tętnicza, puszczona przez żyłę, może odżywiać kończyne.

Na kongresie w Lizbonie Delbet (64) wyraził się: „Jamais le
sang n'ira traverser les capillaires de manière a nourrir souffi-
sament les membres, les anastomoses entre les veines sont si
nombreuses, que le sang traversera toujours les voies centri-
pètes ou la pression sera faible et jamais il n'atteindra dans les
veines la pression necessaire a la traversée retrograde des ca-
pillaires“.

Franz (91) podjął doświadczenia na zwierzętach i doszedł
do wniosku, że krew tętnicza w rzadkich tylko przypadkach
opuszcza się poniżej 2—3 cm. pod miejscem zespolenia, czasa-
mi jedna z powierzchownych żył niesie ją z uda aż do goleni;
krew z żyły poniżej zespolenia wypływa wolno, jest ciemna.

Gallois i Pinatelle (93) wstrzykiwali pod ciśnieniem 2 atmo-
sfer do żyły szyjowej wewnętrznej zabarwiony płyn, który przez
powierzchnowe żyły szyjowe wypływał natychmiast, do tętnic
szyjowych płyn ten nie dochodził nigdy.

Do całkiem odmiennych wyników doprowadziły doświad-
czenia Tuffiera, Frouina (256) i Carrela (45). Krew żylna po
zespoleniu tętnicy i żyły udowej wracała przez obwodowy ko-
niec tętnicy udowej, dość było trzech godzin dla sforsowania
zastawek żylnych.

Oświadczeniu Delbeta przeczy: 1) przypadek Doberaue-

ra (71): po dwukrotnem bezskutecznem opróżnianiu tętnicy barkowej od zatyczki, zespolił on żyłę i tętnicę pachową, kończyzna górna powróciła do życia, w żyłach można było wyczuwać tętnienie; 2) przypadek Schmiedena (219): zastawki były sforsowane; 3) przeczą spostrzeżenia Hadda (144), który opisuje tak obrazowo zaróżwienie się najdrobniejszych żył, tak dokładnie wyczuwalne i widoczne tętnienie ich; 4) przeczy przypadek Wietinga-Pacha (264) (zespolenie żyły i tętnicy udowej). Bądź co bądź sprawa jest nierozstrzygnięta.

Zespoleń tych, ogłoszonych drukiem, wykonano do tej pory 25, z tych tylko jeden przypadek Wietinga-Pacha i Dobrauera z powodzeniem, inne zakończyły się śmiercią, lub odjęciem kończyny. W paru przypadkach Tuffier zastosował zespolenie tętnicy i żyły udowej w celu możliwości wykonania niskiego odjęcia uda, z dobrym wynikiem usuwając z górnego końca tętnicy udowej skrzep.

Ponieważ w roku zeszłym wykonałem zespolenie tętniczo-żylnę, pozwolę sobie przypadek ten przytoczyć.

Chory P., lat około 55, miał odjętą kończynę prawą przed rokiem z powodu zgorzeli natury miażdżycowej; najpierw odjęto mu kończynę w połowie goleni, potem wskutek zgorzeli postępującej dalej—w połowie uda, rana goiła się bardzo długo. Chory ten zgłosił się do mnie w początkach lata roku zeszłego, przez dwa miesiące stosowałem preparaty jodu bezskutecznie. Tętnienia w tętnicach grzbietowej stopy i podkolanowej nie wyczuwałem, stopa zimna „livide“, marmurkowata, palec wielki również zimny „livide“, chory cierpi od uczucia palenia oraz bólu w stopie i palcach. Na propozycję moją sprobowania, czy połączenie żyły z tętnicą nie pomoże mu, zgodził się chętnie, mimo, że przedstawiłem mu, iż:

- 1) w najlepszym razie odjęcie palców lub połowy stopy będzie konieczne;
- 2) w razie niepowodzenia odejmę kończynę w połowie uda, bezpośrednio podczas pierwszej operacji.

Po wykonaniu zespolenia przy pomocy kol. Gorazdowskiego oraz Chodakowskiego, noga prawie do rana t. j. przez 20 godzin była zimna, od tej pory stała się ciepła, nabrała barwy różowej, nawet wielki palec zmienił zabarwienie, bóle ustały.

Pod kolanem wraz z kol. Gorazdowskim, w zakładzie, w którym chory był przezemnie operowany, wyczuwaliśmy tętnienie bardzo wyraźnie, akież tętnienie wyczuwaliśmy na grzbietowej powierzchni stopy. Rana operacyjna zagoiła się przez rychtozrost, chory wyszedł z zakładu na 9-ty dzień.

W trzy tygodnie po operacji widziałem chorego w jego mieszkaniu. Znowu uskarżał się na bóle w palcach, wielki palec stał się znowu „livide“, zimny. W owym czasie zmuszony byłem wyjechać z Warszawy na parę tygodni, i po przyjeździe dowiedziałem się, że w 4 tygodnie po mojej operacji odjęto choremu kończynę w dolnej $\frac{1}{3}$ części uda; o ile wiem, zgorzel po za palec wielki nie posunęła się. Sądzę, że nastąpiło zatkanie żyły skrzepem i to było powodem amputacji. Sub operatione zaznaczyć muszę, iż stwierdziłem zatkanie dolnego odcinka tętnicy skrzepem, górny był drożny. Zespolenie dokonałem pod odejściem głębokiej tętnicy udowej, robiąc dwa podłużne nacięcia 3 cm. długie na żyłę i tętnicy udowej, szyjąc tak, jak się szyje kiszki przy zespoleniu ich.

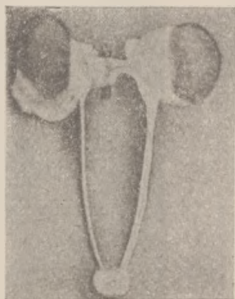
Rozpatrując krytycznie wyniki zespoleń w tych przypadkach, dochodzimy do wniosku, że w zwykłych warunkach kończyna jest stracona; według dawnych wskazań należy wykonać wysokie odcięcie kończyny. Z tego względu, gdy naczynia nie są zbyt kruche i łamliwe, uważałbym za wskazane nakładanie zespolenia sposobem Hadda, lub zwykłym (górny odcinek tętnicy zeszyć z obwodowym żyły); w razie bocznego zespolenia sposobem Hadda lub końcowobocznego sposobem Wietinga należy dośrodkowy koniec żyły podwiązać, by krew tętnicza nie mogła dążyć w jego kierunku.

Doświadczenia Tuffiera uczą nas, że dzięki zespoleniu można wykonywać niższą amputację, co dla chorego przy chodzeniu ma znaczenie bardzo wielkie. W końcu dodam, że nawet w tych przypadkach, w których nastąpi zatkanie żyły, zatkanie to występuje zwolna—przez ten czas może rozwinąć się oboczne krwi krążenie, i jeżeli nie cała kończyna, to w każdym razie część jej może być uratowana. Bier jest wielkim zwolennikiem tego zabiegu.

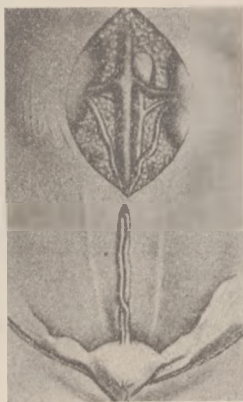
Szwy naczyniowe znalazły zastosowanie w idealnym sposobie operowania tętniaków, usuwaniu zatyczek i skrzepów (5 przypadków operacji Trendelenburga, Doberauera, Tuffiera), w wykonywaniu przelewania krwi, doświadczalnie w przeszczepianiu narządów. Dało to okazyję Ungerowi do wszczepienia w naczynia udowe kobiecie, chorej na mocnicę, nerek mały.

O przeszczepianiach Carrela (nerek, kończyn, uszu, trzew, serca a nawet łbów kocich) tutaj nie wspominam, nie chcąc Szanownym Panom drogiego czasu zabierać, przedstawiam jeno fotografie przeszczepiania nerek, kończyny oraz uszu, wykonanych przez Carrela.

Przeszczepianie nerek u kota.



Rys. № 13



Rys. № 15.



Rys. № 14.



Rys. № 16.

Z tych samych powodów o losach blizny po szwie naczyniowym z punktu widzenia anatomopatologicznego oraz o losach, znaczeniu i celowości przeszczepiania organów z punktu widzenia fizyologicznego i anatomopatologicznego mówić nie będę, odsyłając do pracy Enderlena i Borsta (79).

Rozumiejąc dobrze, że technikę swoją nakładania szwu naczyniowego można wydoskonalic, jedynie szyjąc naczynia niewielkich rozmiarów, postanowiłem wykonać kilkakrotnie szew na zwierzętach. Najdostępniejsze pod tym względem zwie-

Przeszczepiona łapa psa.



Rys. № 17.



Rys. № 18.



Rys. № 19.

Przeszczepione ucho.



Rys. № 20.

rzęta — psy — w pracowni Towarzystwa lekarskiego ze względu na zamieszkały dom nie są tolerowane, zmuszony przeto byłem ograniczyć się do doświadczeń na królikach i baranach. Te ostatnie szczególnie nadają się do tego rodzaju doświadczeń, gdyż najmniejszy błąd zarówno w aseptyce drobnoustrojowej, tak i „tkankowej“, wywołuje skrzep, powodujący, o ile to dotyczy wielkiego naczynia — śmierć. Nadto stwierdzić mogłem, że barany nie znoszą ani większych dawek morfiny, ani chloroformu, to też udane moje przypadki operowane były w успіchu eterowem.

W moich doświadczeniach trzymałem się ściśle techniki i „aseptyki“ Carrela, używałem igieł i nici firmy Robert i Carrière, kleszczyków Hoepfnera; do ujmowania ścian naczyń oraz do rozcinania ich posilkowałem się zupełnie oddzielnymi nożyczkami i kleszczykami, niezakażonemi, jeżeli wolno się tak wyrazić, sokiem innych tkanek. Szew był do wykonania trudny, bo średnica naczynia wynosiła około $2\frac{1}{2}$ do 3 mm., co stanowi prawie granicę możliwości nakładania okrężnego szwu.

Po dojściu do naczyń możliwie bezkrwawo, po zatamowaniu dokładnem zdarzającego się krwawienia, zakrywałem starannie gazą zwilżoną płynem Lockego całą powierzchnię rany z wyjątkiem naczyń. Po obnażeniu ich z pochwy oraz dokładnem oddzieleniu periadventitiae na przestrzeni około $\frac{1}{2}$ cm., przecinałem tętnicę poprzecznie lub wycinałem kawałek jej ściany, poczem wolne dwa odcinki zeszywałem wyżej wskazanym sposobem. Strunowy szew pochewki naczyniowej, powięzi oraz strunowy szew skóry dopełniał zabiegu; miejsce szwu skór nego pokrywałem kollodionem.

W ten sposób zoperowałem 2 króliki oraz 3 barany. Jednemu królikowi zeszyłem przeciętą żyłę szyjową zewnętrzną, drugiemu próbowałem zeszyć aortę, królik wszakże dwumiesięczny miał ściany aorty tak cienkie, że rwały się, ściany naczynia ciągle zlepiały się; po zeszyciu $\frac{2}{3}$ obwodu — skutek podłużnego rozerwania się aorty, szwu musiałem zaprzestać. Jeden baran zdechł wskutek skrzepu w miejscu szwu (tętnica szyjowa wspólna), skrzep był jałowy. Dwa inne barany eteryzowane zniosły zabieg całkowitego przecięcia i wycięcia kawałka tętnicy szyjowej wspólnej lewej oraz szwu odcinków bardzo dobrze. Barany te, operowane 25 i 30 września 1910 r., oraz królika, operowanego 22 września 1910 r., pokazywałem podczas zjazdu chirurgów w Warszawie w końcu 1910 roku; jednego z nich wraz z kol. Fickim operowałem w 3 blisko miesiące potem w celu stwierdzenia drożności zeszytej tętnicy. Znaleźliśmy na miejscu szwu obrączkowe zgrubienie, drożność zupełną.

Doświadczenia moje wykonałem przy łaskawym współudziale i pomocy kol. Gorazdowskiego.

Zaznaczyć muszę, że szyjąc następnie większe naczynia na trupach ludzkich, stwierdzić mogłem niezmierną łatwość tego

zabiegu, gdy technikę szwu opanować się udało przedtem przy szyciu drobnych naczyń zwierzęcych.

W piśmiennictwie polskim znalazłem:

- 1) o szwach naczyniowych (częściowych), wykonanych w oddziale prof. Ziembickiego we Lwowie;
- 2) o częściowym szwie tętnicy udowej, wykonanym przez Dr. J. Świąteckiego (240) oraz streszczenie zbiorowe o szwach naczyniowych Dra Smużyńskiego (230).

W końcu zaznaczam, że starałem się zebrać całe dostępne mi piśmiennictwo szwów naczyniowych do końca 1910 roku, co wynosi prac 271.

Doktorowi J. Raumowi za pozwolenie korzystania z wyjawionej bielizny szpitalnej, za ofiarowaną mi część piśmiennictwa oraz wskazówki uważam za swój obowiązek złożyć na tem miejscu wyrazy podziękowania.

PIŚMIENICTWO

zebrane z rozmaitych źródeł do 1910 roku.

1. Abbe R. Aneurismorrhaphie. Communic. à l'academie med. de New-York. 1908. Ann. of. surg. 1908.
2. Albarran. Conduite à tenir dans les déchirures de la veine cave etc. Bull. de la Soc. de Chir. 1902.
3. Alegiani. Compressione e allacciatura temporanea delle arterie. Zntblt für Chir. 1902. № 38.
4. Armour A. A. Smith. Un cas d'anastomose arterio-veineuse pour gangrène. The Lancet. 1909.
5. Ballance. Case of arterio-venous anastomosis for senile gangrène. Lancet. 1908.
6. Berard et Cavailon. Plaie latérale de l'aorte abdominale réparée par enfouissement des bords. Lyon méd. 1907.
7. Bergmann. Zur Casuistik des arteriell-venösen traumatischen Aneurysma. Archiv v. Klin. Chir. 1903.
8. Bergmann (Morian). Ueber Gefäss-verletzungen in der Kniekehle. Festschrift der Huyssen zu Essen. 1909.
9. Birchner. Die Chirurgie der Gefässe. Uebersichtsreferat. Med. klin. 1909.
10. Birchner und Faykiss. Beiträge zur. klin. Chir. Band 58.

11. Bode und Fabian. Transplantation der Gefässe. Beitrag zur klin. Chir. 1910.
12. Blaake. Anévrismorrhaphie. Com. à l'Académie de méd. de New-York. 1908. *Annal. of surg.* 1908.
13. Bouglé. La suture artérielle. Etude critique et expérimental. *Arch. de Méd. exper. et d'Anat. pat.* 1901.
14. Bouglé. *Bull. et memoires de la soc. anat.* 1900.
15. Boutand. Des ruptures traumatiques des sinus craniens et de leur traitement chirurgical. Thèse de Paris. 1904.
16. A. Bourderon. Thèse de Baurdeaux. 1909.
17. Bramann. Das arteriell-venöse Aneurisma. *Archiv. f. klin. Chir.* 1896.
18. Braun. Ueber den seitlichen Verschluss von Venenwunden. *Arch. v. klin. Chir.* 1893
19. Braun. *Presse medicale.* 1908.
20. Braun. Sur les nevromes ganglionnaires. Cas de résection et de suture de l'aorte abdominale. *Arch. v. klin. Chir.* 1908.
21. Bullock. Intrasacular suture of aneurisms. *Journ. Amer. med. Assoc.* Chicago. 1906.
22. Burk. Plaie de l'artère humérale par coup de feu. Résection d'un segment de l'artère et reunion circulaire. *Munch. med. Woch.* 1909.
23. Burci. *Atti d. soc. Toscana di se natur.* 1891. *Zntlblt. für Chir.* 1891.
24. Busse. Fibromyoma der Nierenkapsel bei einer sieben und funfzig jährigen Frau. *Virch. Arch. Bd.* 157.
25. Carrel and Morel. Anastomose bout a bout de la jugulaire et de la carotide interne. *Lyon med.* 1902.
26. Carell. La technique opératoire des anastomoses vasculaires et de la transplantation des viscères. *Lyon méd.* 1902.
27. Carrel. Deuxième Congr. de méd. de la langue franç. de l'Amérique du Nord. 1905.
28. Carrel. *Presse Med.* 1905.
29. Carrel. Transplantation des veines et application chirurg. *C. R. de la soc. de biol.* 1905.
30. Carrel. Transplantation des vaisseaux conservés au froid pendant plusieurs jours. *C. R. de la soc. Biol.* 1906.
31. Carrel. *The surg. of blood vessels etc.* Johns Hopkins hosp. *Bull.* Baltimore. 1907.
32. Carrel. *Journ. of the amer. med. Asso.* 1903.
33. Carrel. *Soc. de biol. Paris.* 1908.
34. Carrel. Transplantation in mass. of kidneys. *The Journ. of exper. med.* 1908.
35. Carrel. La transplantation des membres. *Revue de Chir.* 1908.
36. Carrel. La transfusion directe du sang par la méthode du Crile 1908.
37. Carrel. Communication à la soc. de chir. de Paris. 1909.
38. Carrel. *Revue de chir.* 1910, 41.
39. Carrel et Guthrie. La reversion de la circulation dans les veines valvulées. *Soc. de biol.* 1905.

40. Carrel et Guthrie. Circulation et sécrétion d'un rein transplanté. C. R. de soc. de biol. 1905.
41. Carrel et Guthrie. Extirpation and replantation of a thyroid gland with reversal of the circulation. Science. 1905.
42. Carrel et Guthrie. Transplantation biterminale complète d'un segment de veine sur une artère. C. R. de la Soc. de biol. 1905.
43. Carrel et Guthrie. Résultat éloigné de la transplantation veineuse uniterminale. C. R. de la soc. de biol. 1906.
44. Carrel et Guthrie. Congrès de Lisbonne. 1906.
45. Carrel et Guthrie. The renversal of the circulation in a limb. Ann. of surg. 1906.
46. Carrel et Guthrie. Anastomoses vasculaires par la méthode du patching. Soc. de biol. 1906.
47. Carrel et Guthrie. Surg. gynec. and. obstetr. Magazine. 1906.
48. Capelle. Berliner klin. Woch. 1908.
49. Cammaggio. Riforma med. 1898, 1908.
50. Charinois. Thèse de Lyon. 1909.
51. Charnis. Traitement chirurgical des gangrènes d'origine artérielle. Thèse de Lyon. 1908, 1909.
52. Cherie-Lignère. Contributo sperimentale allo studio della protesi dei vasi coi metalli riassorbibili. Zntblt. für Chir. 1905.
53. Clairmont. Suture laterale et circulaire des veine. Presse med. 1901.
54. Cottard. Anastomoses et greffes vasculaires. Thèse de Paris. 1907, 1908.
55. C. Crile and D. H. Dolley. Journ. of the Amer. med. Ass. 1906. XLVII.
56. C. Crile and D. H. Dolley. Ann. of. surg. 1907.
57. C. Crile and D. H. Dolley. Surg, gynec. and. obstetr. 1909.
58. Debierre et Girard. Sur les anastomoses directes entre une grosse veine et une grosse artère. C. R. de la soc. de biol. 1895.
59. Decastello. Du traitement des aneurismes. Revue de chir. 1888, 1889.
60. Decastello. Wiener. klin. Woch. 1907.
61. Delbet. Aneurismes artériels. Congrès de chir. 1895.
62. Delbet. Ann. de gyn. et obstetr. 1899.
63. Delbet. Pronostic et traitement des aneurismes arterio-veineux. Thèse de Paris. 1899.
64. Delbet. Chirurgie artérielle et veineuse. Rap. au XV-ème Congr. Intern. de Med. de Lisb. 1906.
65. Delbet. Traitement de varices par l'anastomose sapheno-femorale. Bull. et mem. 1906.
66. Delbet. Chirurgie des artères et des veines. Paris. 1906. (chez Baillière).
67. Delbet. Tentatives des greffes artérielles. Bull. et mem. de la soc. de chir. 1907.
68. Delore in Merlot. Thèse de Lyon. 1908, 1909.
69. Dépape. Un cas de suture de l'artère carotide primitive. Ann. de soc. belg. de chir. 1902.
70. Dentu et Delbet. Maladies chirurgicales des artères. 1897.
71. Doberauer. Demonstration eines Falles von operierter Embolie der Arteria axillaris. Prag. Med. Woch. 1907.

72. Dorrance. An experimental study of suture of arteries with a description a new suture. *Ann. of surg.* 1906.
73. Durante. *Fortschr. der Chir.* 1896.
74. Duplay. Aneurisme arterio-veineux de la carotide primitive et de la jugulaire interne. *Presse méd.* 1895.
75. Edler. *Ann. of surg.* 1908.
76. v. Eiselsberg. *Wiener klin. Woch.* 1892.
77. Enderlen. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.* Bd. 13.
78. Enderlen. *Deutsch. Med. Woch.* 1908.
79. Enderlen und Borst. *Münch. Med. Woch.* 1910. № 36.
80. Exner. Einige Thierversuche ueber die Vereinigung und Transplantation Blutgefäße. *Wiener klin. Woch.* 1903.
81. F. Faykiss. *Budapesti Orvosi Ujsag.* 1907.
82. F. Faykiss. *Arteriennaht. Beitr. z. klin. Chir.* 1908.
83. Fergusson. *Ann. of surg.* 1903.
84. Fighiera. *Thèse de Montpellier.* 1902, 1903.
85. J. Fiolle. Suture de sinus longitudinal superieur. *Bullet. et mem. de la soc. de med. de Vaucluse.* 1903.
86. J. Fiolle. Anastomose arterio-veineuse dans un cas de gangrène senile. *Soc. de chir. Marseille.* 1909.
87. Ficher und Schmieden. *Zntrbt. für Chir.* 1908.
88. Fleig. Methode de transfusion du sang par anastomose entre l'artère et la veine de segments des vaisseaux hétérogènes. *Communic. a la soc. de biol.* 1909.
89. Floresco. Transplantation des organes. *Journal de phys. et de pat. gén.* 1905.
90. Le Fort. *Bull. med. et mem. soc. de chir.* 1903.
91. Franz. Klinische und experimentelle Beiträge betreffend das aneurisma arterio-venosum. *Arch. f. klin. Chir.* 1905.
92. Frouin. Sur la suture des vaisseaux. *Presse med.* 1908, 1909.
93. Gallois et Pinatelle. Un cas d'anastomose arterio-veineuse longitudinale pour arterite oblitérante. *Revue de chir.* 1903.
94. Garre. *Beitrag zur klin. Chir.* 1899.
95. Garré. Ueber Gefäßnaht, *Münch. Med. Woch.* 1900.
96. Garre. *Deutsch. Med. Woch.* 1904.
97. Garré. Seitliche Naht der Arterie bei Aneurismaextirpation. *Deutsch. Zeitschr. für Chir.* 1906.
98. Garré. Transplantation in der Chirurgie. *Verhandl. der Gesellsch. Deutscher Naturforsch. und Aertzte.* Stuttgart. 1906.
99. Garré. Ueber Gefäß und Organtransplantation. *Deutsch. Med. Woch.* 1909.
100. Gérard. Sur l'existence de canaux anastomotique arterio-veineux. *Arch. de phys.* 1895.
101. Gibson. *Med. Record.* 1909.
102. Giordano. Sur le cancer du rein. *Ann. des Org. gen. urin.* 1892.
103. Gluck. *Archiv für klin. Chir.* 1882, 1883, 1800.
104. Gluck. *Arch. f. Kinderheilkunde.* 1897.

105. Glauner. Deutsch. Med. Woch. 1904.
106. Goldman. Ueber die Unterbindung von grossen Venenstämmen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 47.
107. Gontier. Contribution a l'etude du pronostic dans les lésions sinusien- nes de la dure mère.
108. Goyaunes. Ri'orma Medica. 1895.
109. Goyaunes. Revista de med. y chirurgia practica. 1905.
110. Goyaunes. Novvos trabajos de chirurgia vasculas substitution classica de las arterias por las veinas. El siglo medico. 1906.
111. Grassmann. Münch. med. Woch. 1909.
112. Grohe. Ueber Nierentumoren. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 60.
113. Guthrie. Journal of the Amer. med. Ass. 1908.
114. Hadda. Die neuesten Fortschritte auf dem Gebiete der Gefässchirurgie. Berl. klin. Woch. 1910.
115. Hallopeau. Bull. et mem. de la soc. de Chir. 1910.
116. Handley. Brit. Med. Journ. 1907.
117. R. H. Harte. Ann. of surg. 1955.
118. Heidenhain Cntlbt. f. Chir. 1895.
119. Heinlein. Münch. Med. Woch. 1900.
120. Henderson. Amer. med. 1905.
121. Hepburn. Ann. of surg. 1909.
122. Hoepfner. Dissertation. Berlin. 1903.
123. Hoepfner. Ueber Gefässnaht, Gefasstransplantation und Replantation von amputierten Extremitäten. Arch. f. klin. Chir. 1903.
124. Horoch. Allg. Wien. Med. Zeitschr. 1898.
125. Houzel. De la ligature des veines. Rev. de chir. 1903.
126. Hubbard. Transplantation of arteries. Record of surgic. work Harvey med. school. 1903.
127. Hubbard. Arterio-venous anastomosis. Ann. of surg. Philadelphia. 1906.
128. Hubbard. Arterio-venous anastomosis. Boston Med. and Surg. Journ. 1906, 1907.
129. L. Imbert et J. Fiolle. Trois observations des sutures vasculaires. Marseille méd. 1909.
130. Jaboulay et Brian. Recherches experimentales sur la suture et la greffe arterielle. Lyon med. 1896.
131. Jaboulay et Brian. Recherches experimentales sur la suture et la greffe arterielle. Lyon med. 1908.
132. Jaboulay. Chirurgie des artères. Semaine med. 1902.
133. Jaboulay. Chirurgie des artères. Lyon med. 1902, 1906..
134. Jaboulay. Communication a la soc. de méd. de Lyon. 1910.
135. Jacobsthal. Beitrag zur. klin. Chir. 1900.
136. Jacobsthal. Ueber die Naht der Blutgefässe. Samml. klin. Votr. Chir. 1905.
137. Jannsen. Untersuchungen ueber die Verletzungen der Arterien des Unterschenkels und des poplitea Gebietes und deren Behandlung. Inaug. diss. Dorpat, 1881.
138. Jannsen. Cntlbt. f. Chir. 1882.

139. Jassinowski. Thèse de Dorpat. 1889.
140. Jassinowski. Arch. f. klin. Chir. 1889.
141. Jensen. Ueber circuläre Gefässatur. Arch. f. klin. Chir. 1903. Bd. 69.
142. Jiano. Suture de l'aorte abdominale. Bull. et mem. de la soc. de chir. Bukarest. 1906 1907.
143. Jianu. Jahresb. für Chir. 1905.
144. Katzenstein. Die Unterbindungen der Aorta. Ach. f. klin. Chir. Bd. 76.
145. König. Chirurgie des Gefässsystemes, Chir. des prakt. Arztes. Stuttgart. 1907.
146. König. Lehrbuch des Spec. Chir. 8 Afl. Bd. III.
147. Körte. Arch. f. klin. Chir. 1902.
148. Körte. Ein Fall von Gefässnaht bei Aneurisma arteriovenosum popliteum. Chir. Congr. 1904
149. Krause. Aerztliche Verein in Hamburg. Deutsch. Med. Woch. 1900.
150. Krüger. Arch. f. klin. Chir. Bd. 91.
151. Kümmel. Münch. Med. Woch. 1899.
152. Kümmel. Die circuläre Gefässnaht bei Menschen. Beitr. z. klin. Chir. 1900.
153. Kummer. Rev. med. de la Suisse Romande.
154. Lacroix. Suture vasculaire. Thèse de Montpellier. 1909.
155. Gaetano. Giorn. Intern. de sc. med. 1903
156. Lambert. Med. observ. and ing. London. 1762.
157. Launay. Bull. et mem. soc. de chir. 1904.
158. Lāwen und R. Sievers. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1908.
159. Lecène. Bull. et mem. soc. anat. 1908.
160. Lecerle. Thèse de Lyon. 1902, 1903.
161. Lējars. De la valeur pratique de la suture arterielle. Semaine med. 1903.
162. Lējars. Rapport sur une observation de Launay. Bull. et mem. de la soc. de chir. Paris. 1904.
163. Lējars. Chirurgie de gros troncs veineux. Rap. au XIX Congr. fr. de chir. 1906.
164. Lejars. Gazette des hôpit. 1906, Semaine med. 1906, Discussions Congrès de chir. 1906.
165. Levin and Larkin. Transplantation of devitalised arteriel segments. Cent. für Chir. 1908. № 41.
166. Lexer. Die Ideale Operation des arteriellen und arterio-venösen Aneurisma. Arch. f. klin. Chir. 1907.
167. Lindner. Berl. klin. Woch. 1898.
168. Loetta. Sulla legatura delle grande vene del corpo. Policlinico. 1907.
169. Lund. Boston med. and surg. Journ. 1908.
170. Lund. Ann. of surg. 1909.
171. Marin. Suturing of the brachio-ceph. veine. New-York Med. J. 1893.
172. de Martel. Une fistule d'Eck. Comm. a la Soc. de chir. Paris. 1909.
173. Martin. Medic. Clinic. 1908.
174. Martin. Presse medic. 1908.
175. Matas. Traumatic arterio-venous aneurism of the subclavian with

- vessels. Analytical study of fifteen reported cases including one operated (*Journ. of Amer. med. Ass.* 1905). *Trans. of the Amer. Assoc.* 1901.
176. Matas. An operation for the radical cure of aneurism based upon arteriorraphy. *Ann. of surg.* 1903.
 177. Matas. The suture in the surg. of the vasc. syst. *Montgomery.* 1906.
 178. Mauclaire. *XV Congr. de chir. franç.* 1902.
 179. Meyer Willy. *Soc. de chir. de New-York.* 1908.
 180. L. Meyer. Anastomose termino-laterale de la veine cave dans la veine porte. *Cntlbt. f. Chir.* 1909.
 181. Millikin. *Lancet clinic.* 1908.
 182. Monaud et Vanverts. *Rap. au XXII Congr. fr. de Chir. Paris.* 1909.
 183. Morestin. *Bull. et mem. de la soc. de chir.* 1909.
 184. Moynihan. *Brit. Med. Journ.* 1907.
 185. Muller. The tratment of gangrean of the foot by arterio-venous anastomosis. *Ann. of surg.* 1910.
 186. Munro. *Surg. of the vascular system.* *Ann. of surg. Phil.* 1907.
 187. S. B. Murphy. *Med. Record.* 1897.
 188. S. B. Murphy. Resection of arteries and veins injured incontinuity end to end suture. *Med. Rec.* 1907.
 189. S. B. Murphy. *Journ. of the Amer. Med.* 1909.
 190. Napalkow. *Moskwa.* 1900.
 191. Nisinger. *Deutsch. Med. Woch.* 1904.
 192. Offergeld. Ueber die Unterbindung der grossen Gefässe der Unterleibes. *Deutsch. Zeit. für Chir.* Bd. 88.
 193. A. A. Opokin. *Chirurgia.* 1907.
 194. Orłow. *Cntrblt. f. Chir.* 1897.
 195. Ottenberg. *Ann. of surg.* 1908.
 196. Papaioanou. Ein Fall von ciculären Arteriennaht. *Münch. Med. Woch.* 1910.
 197. Pauchet. *La clinique* 1909. IV.
 198. Payr. *Arch. f. klin. Chir.* 1900, 1901, 1904.
 199. Peugniez. *Gaz. Med. de Picardie.* 1898.
 200. Peugniez. *Chirurgie de gros troncs veineaux.* *C. R. du XIX Congr. franç. de Chir.* 1906.
 201. Pizovano. *Semaine med.* 1097.
 202. Proust. *Resultats actuels des sutures arterielles chez l'homme.* *Journ. de chir. Paris.* 1908.
 203. Raymond Petit. *Note sur la suture et l'anastomose des artères et des veines.* *Soc. biol.* 1896.
 204. Reinsholm. *Die verschiedenen Methoden für circuläre Vereinigung grosserer Arterien.* *Cntrblt. f. Chir.* 1904. № 28.
 205. Ricard. *Congrès fr. de chir.* 1895.
 206. Ricard. *La suture des artères.* *Gaz. de hopit.* 1901.
 207. Rotter. *Deutsch. med. Woch.* 1901.
 208. Rost. *Un cas de suture de l'artère et de la veine femorale dans le canal de Hunter pour aneurisme traumatique.* *Indian Med gaz.* 1909.

209. Ruotte. Abouchement de la saphène externe au péritoine pour resorber les épanchements ascitiques. Lyon. med. 1907.
210. Sabaniejew. Arch. f. klin. Chir. 1903.
211. Sabaniejew. Cntrblt. f. Chir. 1906.
- 211a. Salinari et Viarda. Giorn. med. del er. Esercito. 1902.
212. Salomoni. Gaz. de hosp. Milan. 1900.
213. Salvia. Giorn. Internaz. d. sc. med. 1902.
214. San Martin y Satrustegui. Annal Semaine med. 1902.
215. San Martin y Satrustegui. Discurso leído en la solemne sesión inaugural en la real. acad. de medicina. Madrid. 192.
216. San Martin y Satrustegui. Cirurgia del aparato circulatorio. Madrid. 1902.
217. Schede. Einige Bemerkungen ueber Naht von Venenenden nebst Mitteilung eines Falles von geheilter Naht der Vena Cava Inferior. Arch. f. klin. Chir. 1892.
218. Sherman. Calif. state med. Journ. 1908. VI.
219. Schmieden. Berl. klin. Woch. 1910.
220. M. Schmidt. Die Totalexstirpation des popliteal-Aneurismas. Deutsch. Chirurg. Kongr. Verhandl. 1892.
221. Schmitz. Die Arteriennaht. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 66.
222. Schultes. Die Blutstillung bei seitlichen Verletzungen grosser Venenstämmen mit besonderer Berücksichtigung der Venennaht. Inaug. Diss. Bonn. 1897.
223. Schwartz. De la suture de veines et en particulier d'un cas de suture du sinus lateral déchiré pendant une trépanation pour un enfoncement du crâne. C. R. Congr. fr. de chir. 1896.
224. R. Seggel. Münch. Med. Woch. 1900.
225. Seneert. Arch. génér. de chir. 1909.
226. O. Silberberg. Dissertation. Breslau. 1899.
227. Skupiewski. Doua suturi venoase. Bukaresti. 1907.
228. Sonnenburg. Femoralisnaht. Deutsch. Med. Woch.
229. Smith (London). Suture sur tige d'appui. Arch. f. klin. Chir. 1909.
230. Smużyński Feliks. Przegląd Chir. i Gin. 1909.
231. Stewart. Ann. of. surg. 1907, 1908.
232. Stich, Makkas und Dorman. Beiträge z. klin. Chir. 1907. Bd. 53.
233. Stich und Makkas. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 60.
- 233a. Stich, Makkas und Capelle. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 62.
234. Stich und Zöppritz. Ziegler's Beitr. z. Pat. Anat. Bd. 46.
235. Stich. Arch. f. klin. Chir. Bd. 83.
236. Stich. Cntrblt. f. Chir. 1908.
237. Stich. Ueber die Implantation von Venenstücken in resezierten Arterien. Deutsch. Med. Woch. Leipzig und Berlin. 1908.
238. Stubenrauch und H. Ambert. Dissertation. Leipzig. 1903.
239. Stubenrauch. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1903.
240. Świątecki. Szew tętnicy udowej. Medycyna. 1906.
241. Taddey. Ricerche speriment. sulle plastica della parete venosa. Gaz. degli ospedalic. delle clin. 1901.
242. Tansini. Ableitung des portalen Blutes durch die directe Verbindung

- der Vena Porta mit der Vena Cava. Neues operatives Verfahren. Cntrblt. f. Chir. 1902.
243. Tietze. Zwei Fälle Wieting'sche operation: Allg. Med. Zeit. 1910.
244. G. Tomaselli. Clin. Chir. 1903.
245. G. Tomaselli. Sugli esiti lontani della sutura col metodo dell' afrontamento dell' endotelis e sui processi di guarigione delle ferite arteriose. Cntrblt. f. Chir. 1906.
246. Torrance. Arterio-venous anastomosis. Amer. med. and. Ann. of surg. 1904.
247. Torrance. Arterio venous anastomosis. Charlotte. N. C. Med. Journ. 1907.
248. O de la Torre. Rev. di Med. y Cirurgia pract. 1902.
249. O de la Torre. Siglo Med. 1907.
250. Trendelenburg. Presse Med. 1908.
251. Trendelenburg. Operative Interference in Embolism of the pulmonary arterie. Ann. Surg. Phil. 1908.
252. Trendelenburg. 37 Deutsch. Chirurgenkongress. 1908.
253. Trendelenburg. Arch. f. klin. Chir. 1908.
254. Trendelenburg. Deutsche. Med. Woch. 1908.
255. T. H. Tuffier. Bull. et mem. de la soc. de chir. Paris. 1902, 1904, 1907.
256. T. H. Tuffier et A. Frouin. Bull. et mem. de la soc. de chir. 1907.
257. Ullmann. Wiener. klin. Woch. 1902
258. Unger. Deutsch. Chir. Kongr. 1909.
259. Ward. Histological changes in transplanted blood vessels. Cntrblt. Chir. 1908. № 41.
260. Watts. Ann. of surg. 1907.
261. Watts. The suture of blood vessels. Bull. of Johns Hopkins hosp. 1907.
262. Watts. The suture of blood vessels. Cntrblt. f. Chir. 1908. № 41.
263. Wiard. Un cas de suture arterielle. Bull. et mem. de la soc. de chir. Paris. 1903.
264. Wieting-Pacha. Die Angiosclerotische Gangrän und ihre operative Behandlung. Deutsch. Med. Woch. 1908.
265. Wolff. Die Häufigkeit der Extremitätennekrose nach Unterbindung grosser Gefässtämme. Beitr. z. klin. Chir. Br. 58.
266. Vidal. Traitement chirurgical des ascites. Presse med. 1903.
267. Vignolo. Pisa. 1902.
268. Zaaijer. Cntrblt. f. Chir. 1910.
269. Zalachas. Chirurgie des gros troncs veineux. Med. et Hyg. Bruxelles. 1907.
270. Zoega v. Manteufel. 24 Deutsch. Chir. Kongr. 1895.
271. Zoega v. Manteufel. Die Extirpation eines Nierencarcinom mit Resection eines Carcinomknotens aus der Vena Cava. Heilung. Cntrblt. f. Chir. 1899.

Z kazuistyki ostrych ropnych zapaleń nerek.

Pracę niniejszą poświęcam Koledze Władysławowi Stankiewiczowi na dowód uznania dla Jego 50 letniej działalności na polu chirurgii, szczególnie na terenie chirurgii urologicznej

Antoni Gabszewicz.

Z kazuistyki ostrych ropnych zapaleń nerek.

Kiedy w 1895 roku ogłaszałem swe spostrzeżenia w „Gazecie Lekarskiej“ z kazuistyki chirurgicznej nerek, mogłem zauważyć, że w piśmiennictwie chirurgicznym stosunkowo mało były uwzględniane sprawy ostre ropne nerek i miedniczki; od chwili, kiedy Simon (rf. w 1871) usunął nerkę, chirurgia zdobyła nowy teren dla swej działalności. Pomimo niedostatecznych metod badania w ciągu pierwszego dwudziestopięciolecia, statystyki zagranicznych chirurgów wykazywały już znaczne liczby zabiegów chirurgicznych na nerkach, zabiegi te wszakże przeważnie dokonywane były w gruźlicy nerek, w roponerczu, lub w wodonerczu, które przeszło w ropienie.

W ostrych natomiast ropnych zapaleniach nerki, szczególnie zaś w tych przypadkach, w których powstawały liczne drobne ropnie w nerce, niemal do końca 19 stulecia uważano zabieg operacyjny za zupełnie zbyteczny; sądzono, że samo przecięcie nerki nie może wpłynąć dodatnio na sprawę chorobową, usunięcie zaś nerki było przeciwwskazane na zasadzie ogólnie panującego wtedy mniemania, jakoby powyższe sprawy chorobowe zawsze rozwijały się jednocześnie w obu nerkach.

Israel w pracy swej, wydanej w 1901 roku, zwrócił uwagę na bezzasadność tego poglądu, opierając się na licznych własnych spostrzeżeniach, szczegółowo opisanych w tej pracy. Kliniczne spostrzeżenia Israela i innych chirurgów, ogłaszających pojedyncze spostrzeżenia, wykazały, że nawet sprawy ropne ostre, wytwarzające obraz ciężkiej posocznicy, bardzo często ograniczały się tylko do jednej nerki, a z drugiej strony nawet w bardzo licznych drobnych ropniach samo przecięcie nerki wystarczało do uzdrowienia chorego.

Ostre ropne sprawy w nerce powstawać mogą dwojako: albo zarazki dostają się z pęcherza do nerki, a więc w kierunku odwrotnym do prądu moczu; aby wstępujące zakażenie stało

się możliwe, musi koniecznie nastąpić przedtem pewien stopień niedomogi wentylu moczowodu, co może mieć miejsce wobec bezwładu mięśnia pęcherza, i wogóle we wszelkich mechanicznych przeszkodach wydalania moczu; ta postać zakażenia częściej naogół spotyka się u mężczyzn, niż u niewiast. Druga postać zakażenia nerek odbywa się na drodze ogólnego krwioobiegu, kiedy zarazki dostają się do naczyń włosowatych nerki. Jak w jednej, tak i w drugiej postaci zakażenie znajduje więcej podatny grunt w tych razach, jeżeli nerki przedtem ulegały w ten, lub inny sposób cierpieniom. Wrażliwość na zakażenie potęguje również ciąża, wywołując przekrwienie nerek; nerki ruchome. Wogóle źródłem dla zakażenia nerki na drodze krwioobiegu mogą stać się także i same narządy moczowe po zabiegach na pęcherzu moczowym, lub cewce moczowej. Pod koniec 19-go stulecia zwrócono uwagę na udział lasecznika okrężnicy w powstawaniu ostrych spraw ropnych w nerkach. Posner, wywołując sztuczne zaciśnięcie jelita, znajdował w całym ustroju zwierzęcia masę tych laseczników, najwięcej wszakże w nerkach. Huebner i Baginsky na zasadzie klinicznych spostrzeżeń wykazali bardzo wielką łączność pomiędzy zachorzeniem nerki, a zaburzeniami w trawieniu u dzieci. W niektórych przypadkach źródło zakażenia jest bardzo odległe. Israel raz spostrzegł przejście wodonercza do roponercza w przebiegu głębokiego zastrzału (panaritium), a raz ostrą sprawę ropną nerki, która powstała w obecności wrzodzianki na ręce.

W posuniętej w swoim rozwoju sprawie chorobowej trudno jest na pewno na zasadzie zmian anatomicznych rozstrzygnąć, czy sprawa ropna powstała na drodze zakażenia wstępującego, czy też — jako przerzutowa; tam gdzie ogniska ropne znajdują się tylko w mięszu nerki bez zajęcia miedniczki, można jeszcze napewno mówić o sprawie przerzutowej, gdyż w zakażeniu wstępującem miedniczka zawsze najpierw ulega zmianom chorobowym. Z drugiej stony, sprawa przerzutowa z mięszu nerki zazwyczaj prędko przechodzi także i na miedniczkę.

Przechodzę teraz do opisu własnych spostrzeżeń. Pierwsze dwa przypadki były już opisane w 1895 r., tutaj podaję je w skróceniu.

Przypadek 1-y. Pani K., zamężna, lat 34 mająca, w końcu sierpnia 1894 r. odbywała pierwszy poród bardzo ciężko ze znacznem rozdarciem krocza. We wrześniu chora zaczęła gorączkować; jednocześnie prawie wystąpiły dość mocne bóle w prawem podżebrzu. Chorą widziałem po raz pierwszy w listopadzie owego roku; chora przedstawia obraz znacznego wyniszczenia: ciepłota wieczorami 39,5, zrana 39, tętno 120; chora skarży się na ciągle bóle w prawej połowie brzucha, i na bóle w stawie barkowym lewym. Pomimo znacznego napięcia mięśni brzusznych można było stwierdzić obecność guza w miejscu, odpowiadającym prawej nerce, nieco przesuwalnego od przodu ku tyłowi; naciskanie guza czy to od strony łądźwiowej, czy też przez powłoki brzuszne znacznie ból potęguje. Mocz oddaje chora dziennie od 500 do 600 cm. sz.; w moczu, wypuszczonym cewnikiem, znaleziono białko; w osadzie pod mikroskopem dużo ciałek ropnych; wałeczków szklanych nie wiele. W stawie barkowym lewym objawy wysięku; ruchy czynne i bierne bardzo ograniczone i bolesne. Z części rodnych odpływy jeszcze dotąd obfite. W innych narządach nic nieprawidłowego nie znaleziono.

Chora nie zgodziła się na proponowaną operację. Stan jej jednak stale pogarszał się; czasem ciepłota spadała do 38°; miało to miejsce wtedy, kiedy mocz odchodził bardzo mętny, i odwrotnie, przy względnie czystym moczu ciepłota osiągała 40°. Wobec wzmagających się bólów chora wreszcie zgodziła się na zabieg operacyjny, który wykonałem w grudniu przy pomocy kolegów Br. Sawickiego i Al. Kopczyńskiego.

Cięcie łądźwiowe skośne, prawie zupełny zanik torebki tłuszczowej okołonerkowej, torebka włóknista nerki mocno przekrwiona; nerka powiększona conajmniej w dwójnasób. Wykonując przekłócie wywiadowcze, dopiero po głębokiem wprowadzeniu igły można było wyciągnąć trochę ropy. Cięciem, poprowadzonym na głębokości 2 cm. przez mięszsz nerkowy, dostano się do zbiornika ropy, której wypłynęło około szklanki; palcem, wprowadzonym do jamy ropnia, znajdując wszędzie ściany gładkie, twarde; z powodu znacznego krwawienia prędko zatamonowałem jamę ropnia i ranę nerki gazą. Ciepłota po 3 dniach wróciła do stanu prawidłowego. Bóle po tygodniu zupełnie ustały. Mocz oddaje do 800 cm. sz.; opatrunek trzeba zmieniać często ze względu na przesiąkanie moczem. W marcu 1895 r. zupełne zagojenie rany; mocz oddaje do 1300 cm. sz.; nie wykrywa się pod mikroskopem ciałek ropnych. Stan ogólny znakomicie poprawił się; sprawa w lewym stawie barkowym po zachowawczem leczeniu wygasła tak, że ruchy powróciły do stanu prawidłowego.

Operowaną widziałem potem dopiero po upływie 10 lat, kiedy musiałem u niej wykonać operację przepukliny pachwinowej uwięzionej. Ze strony nerek i wogóle stanu ogólnego nic nieprawidłowego nie można było wykazać.

Przypadek 2-gi. Kobieta 32 letnia przybyła do szpitala Ś-go Rocha w marcu 1894 r; przed 5 tygodniami odbyła poród prawidłowy; po tygodniu wstała, ale wkrótce dostała gorączki i mocnych bólów w lewym boku, tak że ostatnie tygodnie nie opuszczała łóżka; ciepłota 40°, tętno do 140 na minutę; język suchy, przytomność zaćmiona.

W lewym nadbrzuszu wyczuć można guz, na dotyk bardzo bolesny; przy dwuręcznym obejmowaniu guza od strony łądzwiowej i od strony brzucha ból widocznie znacznie się potęguje. W ciągu pierwszej doby chora moczu oddała tylko około 300 cm. sz.; mocz mętny zawiera białko; pod mikroskopem dużo ciałek ropnych i gnilnych drobnoustrojów. Ze względu na ciężki stan chorej na drugi dzień przystąpiłem do operacji.

Cięcie łądzwiowe; torebka tłuszczowa i kołonerkowa dość obfita; torebka włóknista przekrwiona, mocno napięta; po rozcięciu torebki pokazała się natychmiast ropa, wypływająca cienkim strumieniem przez mały otwór z mięszu nerki; po rozszerzeniu otworu wgłęb istoty nerkowej wylało się jeszcze z kilka łyżek ropy; wprowadziwszy palec, przekonałem się, że jama ropnia jest dość duża, a sam miąższ nerki ścięczały i bardzo kruchy. Wskutek znacznego krwawienia z jamy ropnia, szybko wypchałem ją gazą wyjałowioną. Ciepłota u chorej, stopniowo zmniejszając się, po tygodniu obniżyła się do normy; po kilku dniach wraca zupełna przytomność; podczas pierwszych opatrunków zauważyłem rozpad tkanki nerkowej na powierzchni przecięcia; części rozpadłe wycinałem nożyczkami. Przesiákanie moczem opatrunku dość obfite.

Po 3 tygodniach rana zaczyna dobrze ziarninować; moczu drogą naturalną oddaje do 800 cm. sz. dziennie; przesiakanie opatrunku moczem nie zmniejsza się; bólów żadnych nie doznaje. Ropienie z rany bardzo małe; wskutek przedłużającego się trwania przetoki moczowej, kilkakrotnie zastosowałem głębokie przyżeganie lapisem. W czerwcu nastąpiło zupełne zagojenie przetoki, a ilość dobową moczu odrazu zaczęła dosięgać do 1600 cm. sz. W lipcu operowana, czując się zupełnie zdrową, opuściła szpital.

Przypadek 3-ci. W kwietniu 1897 roku wezwany byłem do pana D., lat 46 mającego; cierpiał on od lat kilku na wiađ rdzenia; rok przedtem operowałem go z powodu dużych rozmiarów wąglika w okolicy łądzwiowej. Ostatnia choroba rozpoczęła się u niego dość nagle w styczniu tego roku wysoką gorączką, bez żadnych jednak umiejscowionych bólów. Gorączka przeważnie stałego typu, czasami jednak bywały gwałtowne spadki, nawet poniżej normy, krótko trwające. W narządach wewnętrznych nie nieprawidłowego nie znajdowano.

Pomimo 3 miesięcy trwającej gorączki chory nie stracił zbytnio tkanki tłuszczowej podskórnej. Przy badaniu chory nie uskarża się na żadne bóle. W moczu wykrywają się ślady białka, nieznaczna ilość wałeczków szklistych i trochę ciałek ropnych. Ilość dobową moczu od 800 — 1000 cm. sz. Badając jamę brzuszną, stwierdzić jednak mogłem obecność guza w prawym nadbrzuszu, w miejscu, odpowiadającym prawej nerce; przy dwuręcznym badaniu guz daje się nieco przesunąć od przodu ku tyłowi, tak, że przy położeniu chorego na brzuchu, naciskając guz od strony brzucha ku tyłowi, wyraźnie daje się zauważyć wypuklenie prawej okolicy łądzwiowej. Przy wszystkich tych sposobach badania chory nie doznawał żadnych bólów.

Przypuszczając z największym prawdopodobieństwem ropień prawej nerki, zaproponowałem operację, na którą zgodzono się dopiero po kilku dniach. Operację wykonałem 17 kwietnia 1897 roku przy pomocy kolegów

Ciechomskiego i Sawickiego. Cięcie skośne lędźwiowobrzuszne. Torebka tłuszczowa okołonerkowa prawie w stanie zaniku; nerka bardzo powiększona. Po przecięciu torebki włóknistej i powierzchniowej warstwy istoty korowej nerki, od razu natrafiamy na dużą jamę, z której wylała się ze szklanka ropy; po usunięciu ropy nastąpiło widoczne zmniejszenie się nerki. Po wprowadzeniu palca, przekonałem się, że powierzchnia jamy ropnia jest gładka, ściany jednak nerki są dosyć cienkie w części wypukłej narządu; bliżej miedniczki miąższ nerki lepiej jest zachowany. Krwawienie dość znaczne, wskutek tego prędko wypchałem jamę ropnia pasami gazy wyjałowionej.

Po zabiegu ciepłota ciała zaczęła zwolna obniżać się tak, że po tygodniach doszła do stanu prawidłowego. Opatrunki trzeba było zmieniać codziennie ze względu na przesiąkanie obfite moczem. Drogą naturalną oddawał moczu od 600—700 cm. sz. Ropienie z rany stale zmniejsza się. Chory ogólnie czuje się lepiej; łaknienie wzmagало się. W połowie jednak mają chory zaczął znowu gorączkować; ilość dobową moczu, oddawana drogą naturalną, stale zmniejszała się, tak, że w końcu mają dochodziła zaledwie do 300 cm. sz.; w moczu tym wykazano tylko ślady białka i niewielką liczbę ciałek ropnych. Jednocześnie stwierdzić można było powiększenie lewej nerki, niewrażliwej zupełnie na ucisk; rana operacyjna atoniczna stale się zmniejsza; wydzielanie się moczu przez ranę obfite. Ciepłota wieczorem dochodzi do 38,6, zrana 37,6.

Przypuszczając wytworzenie się ropnia w lewej nerce, zaproponowałem zabieg operacyjny, na który jednak nie zgodzono się. Chory zmarł 6 czerwca 1897 r. (Sekcyi zwłok nie można było dokonać).

Przypadek 4-ty. W drugiej połowie marca 1898 r. wezwany byłem przez kol. Chrostowskiego i Wisłockiego do pani Mr., żony felczera, lat 30 mającej. Ostatni poród prawidłowy przed 2 laty. Obecna choroba datuje się dopiero od tygodnia i rozpoczęła się gwałtownie od moenych bólów w lewym boku z wysoką ciepłotą tak, iż w pierwszej chwili przypuszczano, że będzie miało się do czynienia z zapaleniem lewego płuca; brak jakichkolwiek zmian obiektywnych ze strony płuca po kilku dniach trwania gorączki i bólów nie mógł przemawiać na korzyść pierwotnego rozpoznania.

Obmacując brzuch, mogłem dokładnie stwierdzić obecność guza w lewym nadbrzuszu, w miejscu, odpowiadającym lewej nerce. Naciskanie guza przy dwuręcznym badaniu od strony lędźwiowej i od strony brzucha sprawia chorej bardzo mocny ból. Moczu chora oddawała na dobę około 800 cm. sz.

Rozpoznawałem ropienie lewej nerki. Rozbiór moczu wykazał dość dużą ilość białka; pod drobnowidzem—duża liczba ciałek ropnych i krążków czerwonych.

Chora przybyła do szpitala S-go Rocha w dniu 28 marca, a 31 marca wobec nieustępujących bólów i wysokiej gorączki przystąpiłem do operacji. Cięcie skośne; brak prawie zupełny torebki tłuszczowej; torebka nerkowa włóknista mocno przekrwiona, cienka; nerka w dwójnasób powiększona; próbne przekłucie dopiero przy głębszym wprowadzeniu igły wykazało obecność ropy. Nacięcie miąższu nerki trzeba było zrobić na głębokość

z cm., aby dotrzeć do jamy, z której wylało się z pół szklanki ropy; powierzchnia jamy ropnia gładka, twarda; złogów nie wyczuwa się. Do jamy ropnia włożono pasy gazy wyjałowionej, zmniejszając jednocześnie ranę nerki przez nałożenie paru szwów; torebkę przyszyto do mięśni szwami strunowymi.

Przebieg pooperacyjny był na tyle pomyslny, że bóle zupełnie ustały, ciepłota wszakże, obniżywszy się znacznie w porównaniu z okresem przedoperacyjnym, wahała się jednak w ciągu pierwszych 3-ch tygodni w granicach pomiędzy 38,5 a 37,6, tętno od 80 — 90. Po operacji nie zauważono krwi w moczu. Opatrunek dość obficie nasiąkał ropą i moczem; w 4-ym tygodniu chora przestała gorączkować, wydzielina ropna z rany bardzo skąpa, moczowa zaś obfita. Ilość dobowa moczu drogą naturalną dochodzi do 800 cm. sz. Stan ogólny znakomicie poprawia się.

W połowie maja chora opuszcza szpital z przetoką, przez którą wydziela się tylko mocz; do przetoki włożono cienki gumowy sącdek. Chora od czasu do czasu przychodziła do szpitala. Próbowaliśmy usuwać sącdek, ale już następnego dnia trzeba było wkładać w zwężającą się przetokę na nowo sącdek, gdyż wydalanie się moczu przez przetokę z jednej strony zmniejszało się, ale jednocześnie chora doznawała bólów w okolicy operowanej nerki; próby z usuwaniem sączka powtarzały się w ciągu pierwszych 2-ch lat; po tym terminie pozostała wązka głęboka przetoka, przez którą przechodził zaledwie bardzo cienki zgłębnik; przez przetokę sączył się czysty mocz w dość znacznej ilości, tak że chora po kilka razy dziennie musiała zmieniać wate; drogą naturalną oddawała moczu około litra dziennie. Stan ogólny bardzo dobry.

Ciągle jednak sączenie moczu ujemnie wpływało na jej stan nerwowy, a o samowolnem zagojeniu przetoki, trwającej lat tyle, nie można było marzyć. W roku bieżącym chora uległa moim namowom i w marcu wstąpiła do szpitala Ś-go Rocha, aby poddać się usunięciu lewej nerki. Rentgenoskopia lewej nerki, dokonana przez kolegę Smużyńskiego, wykazała obecność średniej wielkości kamienia. Przy prześwietleniu pęcherza, po uprzedniem wstrzyknięciu 4 cm. sz. 4% roztworu indygarminu w okolicę pośladkową, dokonaniem łaskawie przez kol. Wertheima, można było łatwo odszukać wylot moczowodu prawej nerki, z którego co kilka sekund wytryskiwał mocz na niebiesko zabarwiony; wylotu lewego moczowodu nie można było odszukać.

Po kilku dniach przystąpiono do ponownego prześwietlenia pęcherza po uprzedniem wstrzyknięciu 4% roztworu indygarminu z zamiarem cewnikowania moczowodu, aby zastosować próby tak zwanej doświadczalnej polyuryi w celu określenia sprawności fizjologicznej prawej nerki. Próbę tę wykonał łaskawie kol. Wertheim i Samenhof. I tym razem nie udało się odnaleźć wylotu lewego moczowodu; do prawego moczowodu wprowadzono cewnik, przez który już po kilku minutach kroplami spływał mocz na niebiesko zabarwiony do szklaneczki; po pierwszych 2-ch kwadransach w szklaneczce zebrało się 10 cm. sz. moczu; wtedy badana wypila dwa duże kubki wody; po upływie drugiej półgodziny wypłynęło przez cewnik moczowodowy 40 cm. sz. moczu na niebiesko zabarwionego; po upływie

trzeciej półgodziny 150 cm. sz., a po upływie czwartej półgodziny 100 cm. sz. Co się tyczy lewej nerki, to na wacie, przykrywającej przetokę, można było dopiero po upływie godziny zauważyć niebieskie zabarwienie moczu.

Badania zebranego w kilku flaszeczkach moczu dokonał łaskawie kol. Gryglewicz. W pierwszych porcyach znaleziono minimalne ślady białka; w osadzie pod mikroskopem znaleziono parę leukocytów w całym preparacie, i parę wałeczków szklitych; osadu kryształów i soli niema. Kol. Gryglewicz zadał sobie zmuśną pracę i określił w każdej porcy ciężar właściwy, oddziaływanie, ilość mocznika i chlorków i ich wzajemny do siebie stosunek.

Dane, otrzymane za pomocą tego badania, jak i stwierdzona polyuria po wypiciu 2-ch kubków wody, wskazywały na sprawność fizyologiczną prawidłową prawej nerki; wobec tego w dniu 5 kwietnia r. b. przystąpiłem do operacyi; w pierwszej chwili ludziłem się, że być może uda się jeszcze zachować lewą nerkę po usunięciu kamienia, którego obecność stwierdzono promieniami Röntgena; po oddzieleniu jednak nerki pokazało się, że przedstawiała ona tak znaczne zmiany makroskopowe, że zdecydowałem się usunąć ją; trudności techniczne były bardzo znaczne wskutek zrostów z tkankami otaczającymi i stanu zanikowego lewej nerki. Usunięta nerka jest $1\frac{1}{2}$ raza mniejsza w stosunku do prawidłowej, przedstawia duże zmiany sklerotyczne; gdzieś na powierzchni przecięcia widać ślady tkanki nerkowej; jedynie na górnym biegunie mały skrawek nerki przedstawia się jeszcze dobrze zachowanym; w miedniczce znajduje się zółg moczanowy, wielkości dużej fasoli, kruchy, niedawnego pochodzenia; część moczowodu, usunięta razem z nerką, jest zarośnięta.

Ranę operacyjną w $\frac{3}{4}$ zaszyto, a w głąb włożono pas gazy. Przebieg pooperacyjny dosyć pomyślny; przez pierwsze dni lekki stan podgorączkowy, dobową ilość moczu od 400 do 800 cm. sz. Następnych dni ilość moczu wzrasta do 800 cm. sz., a w końcu 3-go tygodnia dochodzi do 120 cm. sz. W połowie maja tego roku zupełne zagojenie rany, operowana czuje się dobrze.

Przypadek 5-ty. Pani Pl., lat 34 mająca, przybyła do szpitala S-go Rocha w kwietniu 1901 r. Przed 8 laty miała dość mocny ból w prawym boku, trwający kilka godzin. Ostatni poród prawidłowy przed 3 laty. Obecnie wstąpiła do szpitala z powodu ciągłych bólów w prawym boku; początek bólów chora datuje od 2-ch tygodni; bólowi towarzyszyła także gorączka.

Przy badaniu dwuręcznem wyczuwa się prawą nerkę powiększoną, i na ucisk bardzo wrażliwą. Ciężota ciała wieczorem 39,0, zrana 38,5. W moczu wykrywa się małą ilość białka, kryształki trypelfosfatów, i trochę leukocytów. Ilość dobową moczu do 1000 cm. sz. W innych narządach nie nieprawidłowego nie znaleziono.

Podczas 4 dniowego pobytu w szpitalu nic na lepsze nie zmieniło się w stanie chorej; gorączka ta sama, bóle wzmagają się. Parcia na mocz nie ma. Mając na uwadze ból, jaki w tem miejscu chora miała przed 8 laty, przypuszczałem, że mam do czynienia z ropniem nerki w zależności od kamienia.

Chora na operację chętnie zgodziła się, wykonałem ją 10 kwietnia; cięcie skośne; torebki tłuszczowej dość dużo; nerka wyłoniona wydaje się powiększoną w dwójnasób; nakłuciem próbnym dość głębokiem wydobyto kilka kropli ropiastego płynu. Torebka włóknista zgrubiła; cięcie przez miąższ nerki w środkowej części, nie dotykając ani dolnego ani górnego bieguna; krwawienie z powierzchni przeciętej dość obfite; na głębokości 3 cm. natrafia się na jamę, z której wylało się z parę łyżek ropy; powierzchnia jamy ropnia zupełnie gładka; złożeń nie wyczuwa się wcale. Wypchno jamę ropnia gazą wyjałowioną, zmniejszając ranę nerki kilkoma szwami strunowymi.

Przebieg zadawalający; ciepłota po kilku dniach wraca do normy, bóle ustaly, ilość dobową moczu po tygodniu dosięga 1000 cm. sz. Opatrunek obficie przesiąka moczem. Rana ziarninuje dobrze. W końcu maja operowana, czując się zupełnie dobrze, opuszcza szpital z przetoką moczową.

Nie pokazywała się przez rok cały. W końcu kwietnia 1902 roku zapisała się ponownie do szpitala z powodu bólów, jakie od miesiąca zaczęły od czasu do czasu występować w okolicy prawej nerki. Przez przetokę, dotychczas nie zagojoną, wydziela się tylko mocz dość obficie, obzerając skórę naokoło przetoki. Zgłębnikiem, wprowadzonym do przetoki, nie wyczuwa się żadnego złożu w nerce. Ciepłota prawidłowa, stan ogólny i wygląd dobry. Parokrotne próby wprowadzenia cewnika cienkiego przez przetokę do moczowodu nie udały się. Wkładanie gazy, zmoczonej w 1% roztworem lapisu do kanału przetoki, stosowane przez 10 dni, nie wpłynęło dodatnio na stan przetoki.

• Zapropnowałem jej usunięcie prawej nerki, na co chora zgodziła się. Należało teraz określić sprawność fizyologiczną lewej nerki. W tym celu zastosowałem wtedy od niedawna wprowadzony w użycie separator Luysa, aby otrzymać mocz z każdej nerki oddzielnie; okazało się jednak, że mocz odchodził z pęcherza tylko przez kanał separatora lewostronny tak, iż trzeba było przypuścić, że przez moczowód operowanej nerki mocz nie przedostaje się do pęcherza, a tylko w całości wycieka przez przetokę na zewnątrz. Włożenie separatora po 2-ch dniach dało ten sam wynik. Wobec tego włożyłem cienki szklany sączek do przetoki z nałożonym nań sączkiem gumowym, i w ten sposób udało się zbierać mocz, wydzielający się z operowanej nerki, oddzielnie do naczynia, i oddzielnie mocz, wydalanany drogą naturalną. W ciągu paru dni otrzymaliśmy wynik następujący:

	Nerka lewa	Nerka prawa (z przetoką)
$\frac{1}{5}$	ilość dobową 850 cm. sz. ciężar właściwy 1023 białka, ani cukru nie ma	300 cm. sz. 1016
$\frac{2}{5}$	ilość dobową 600 cm. sz. ciężar właściwy 1024 odczyn kwaśny	250 cm. sz. 1014 alkaliczny
$\frac{3}{5}$	ilość dobową 700 cm. sz. ciężar właściwy 1027	400 cm. sz. 1016

Po za tem kol. Kolasiński pod kierunkiem kol. Pruszyńskiego określał kilkakrotnie punkt zamarzania jednego i drugiego moczu. Okazało się,

- że Δ moczu przypuszczalnie zdrowej nerki wynosiła 2,03
- a Δ moczu z nerki z przetoką — 1,28.

Po upływie 10 minut po wypiciu kubka wody

- Δ zdrowej nerki wynosiła 1,66
- Δ chorej nerki — 1,17
- Δ krwi wykazała 0,56.

Oprócz kryoskopii dokonana jeszcze była próba, zalecona przez Achara z błękitem metylenowym po zażyciu przez chorą per os 0,05 tego środka; zmułne te badania w oznaczaniu ilości chromogenu w moczu, łaskawie wykonane przez kol. Pruszyńskiego, wykazały znaczną różnicę co do sprawności pomiędzy przypuszczalnie zdrową nerką, a nerką operowaną. W moczu z lewej nerki o wiele wcześniej można było zauważyć niebieskie zabarwienie i wykazać obecność chromogenu, która trwała do 3-go dnia, gdy tymczasem w moczu, wydalonym przez przetokę, już na drugi dzień nie można było zauważyć błękitnego zabarwienia.

Próby te przemawiały na korzyść prawidłowej sprawności fizjologicznej lewej nerki, wskutek tego w dniu 27 maja 1902 r. przystąpiłem do usunięcia prawej nerki; trudności techniczne były dość znaczne wskutek wzrostów mocnych nerki z otaczającymi tkankami.

Usunięta nerka jest znacznie zmniejszona; na przekroju przedstawia masę tkanki bliznowej, szczególnie w istocie rdzeniowej tak, że granice pomiędzy istotą korową i rdzeniową, jak również i między piramidami są zupełnie zatarte; odcinek moczowodu, odcięty z nerką, jest zupełnie zarosnięty.

Przebieg pooperacyjny zupełnie dobry; na drugi dzień chora oddała 500 cm. sz. moczu. Ilość ta stopniowo wzrastała tak, że przy końcu 3-go tygodnia doszła do 1500 cm. sz. Operowana z zagojoną raną opuściła szpital w końcu czerwca. Widziałem ją po 2-ech latach; czuła się zupełnie zdrową.

Przypadek 6-ty. Panna T., lat 20 mająca. W 1905 r. robiłem jej wycięcie wyrostka robaczkowego i czuła się zupełnie zdrową; dopiero przed 10 dniami dostała nagle dreszczy ze znacznym podniesieniem ciepłoty; następnego dnia zjawily się bardzo mocne bóle w lewym boku; 6-go dnia od początku choroby przybyła do szpitala S-go Rocha do oddziału kol. Hewelkego w połowie stycznia 1908 r.; ciepłota w szpitalu wieczorem dosięga do 40°, zrana 39,5. Ból bardzo gwałtowny w lewym podżebrzu. W płucach zmian nie wykryto, z wyjątkiem nieznacznego stłumienia z lewej strony z tyłu poniżej łopatki, bez zmian oddechowych. W innych narządach wewnętrznych nie nieprawidłowego nie stwierdzono. W ostatnich czasach miała upławy ropiasie zielone; obecnie w narządach płciowych żadnych zmian nie spostrzega się.

Mocz, badany przez kol. Knappego, zawiera dużo białka i znaczną liczbę czerwonych krążków; za pomocą imersyi wykrywa się dużo diplokokków.

Ilość dobową moczu dochodzi do 1000 cm: sz.; żadnego parcia na moczu nie doznaje.

Chorą widziałem na 4-ty dzień jej pobytu w szpitalu. W lewej połowie brzucha mięśnie są nadzwyczaj napięte; dotyk do powłok brzusznych wywołuje znaczny ból; przy dwuręcznym badaniu od strony brzucha i od strony lędźwiowej otrzymuje się wrażenie, jak gdyby lewa nerka była powiększona; przy jednoczesnym naciskaniu z obu stron na okolicę nerki lewej ból gwałtownie wzmagą się. Wobec powyższych objawów przypuszczałem, że ma się do czynienia w danym przypadku ze sprawą ropną lewej nerki, a być może i w tkance okołonerkowej; uprzedni ropny wyciek z części rodnych i znalezione w moczu diplokokki wskazywały na możliwość zakażenia na tej drodze.

D. 22 stycznia chora była przeniesiona do mego oddziału, a następnego dnia w uśpieniu chloroformowem wykonałem operację. Cięcie skośne od 12-go żebra do kolca górnego przedniego. Po przecięciu mięśni odrazu wyłania się powiększona nerka, gdyż tkanki tłuszczowej okołonerkowej wcale nie spotyka się. Torebka włóknista mocno przekrwiona; dolny biegun nerki więcej się wypukła, niż górny; próbne przekłucie jednak dało wynik ujemny, tak że w strzykawce otrzymano zaledwie kilka kropel krwi. Po przecięciu torebki włóknistej można było jednak zauważyć, jak w miejscu nakłucia z mięszu nerkowego wydobywa się kroplami ropa; po rozcięciu mięszu nerki na głębokość 1 cm. okazało się, że na powierzchni przecięcia znajduje się tylko jedno małe ognisko ropne; sama zaś istota nerkowa jest mocno przekrwiona, rozpulchniona, łatwo dająca się rozrywać, tak, że palcem bez wielkiej trudności można było przedostać się do miedniczki, i jednocześnie na tępo usunąć części mięszu nerki, znajdujące się w stanie rozpadu. Złogów nie znaleziono. Włożono do wnętrza nerki dwa paski gazy wyjałowionej; torebkę włóknistą przyszyto do mięśni kilkoma szwami strunowymi. W kroplach wydobytej ropy kol. Knappe znalazł te same diplokokki, co i w moczu; w kawałkach usuniętego rozpadłego mięszu nerki znaleziono pod mikroskopem jeszcze gdzieś obok masy nacieczonej, lub rozpadowej, kanaliki kręte i kłębkki Malpighiego.

Po operacji ciepłota spadła do 37°. Moczu przez pierwsze 2 dni krwawy; bóle znacznie mniejsze. Na 3-ci dzień moczu jasny. Następnym jednak dni ciepłota podnosi się wieczorem do 38,5, zrana do 37,6, i na tej wysokości pomimo dobrze ziarninującej rany i braku bólów, utrzymuje się do połowy lutego. Od tego czasu stan bezgorączkowy; przesiąkanie opatrunku moczem bardzo nieznaczne. W końcu marca rana zupełnie zagoiła się. Dobowa ilość moczu dochodzi do 1500 cm. sz.; moczu białka nie zawiera. W kwietniu tego roku, czując się zupełnie zdrową, opuściła szpital; po roku widziałem chorą po raz ostatni; stan jej zdrowia nie pozostawiał nic do życzenia; naciskanie okolicy lewej nerki nie wywoływało najmniejszego bólu.

Przypadek 7-y. Pan K., lekarz, 37 lat liczący; widziałem chorego po raz pierwszy 5 września 1909 r. w kilka godzin po przywiezieniu go do Warszawy. Wywiady dały następujący wynik; przed tygodniem doznawał mocnych bólów w boku lewym; ciepłota tego samego dnia dosięgła do 39°; bóle stale wzmagaly się; następnym dni ciepłota wieczorem dochodziła do

40°, zrana do 39,5°; częste dreszcze, po których występowały obfite poty. Oddawanie moczu pod względem czynnościowym nie przedstawiało nic nieprawidłowego.

Na 2 lata przed tem, o ile sobie przypomina, miał z tej samej strony bóle, przez kilka godzin trwające, bez podniesienia ciepłoty ciała. Obecnie podczas badania każde poruszenie jest dla chorego nadzwyczaj przykre ze względu na wzmagający się ból w lewym boku. Ciepłota dochodzi do 40,5°, tętno 130, język suchy; brzuch umiarkowanie wzdęty. W lewym nadbrzuszu wymacuje się dość wielki guz, którego granica dolna sięga prawie linii pępkowej; górnej granicy nie można określić, gdyż guz chowa się w podżebrzu; naciskanie guza dwuręcznie od strony brzucha i od strony lędźwiowej jednocześnie znacznie powiększa natężenie bólu; naciskanie samej okolicy lędźwiowej lewej, która nie przedstawia żadnych zmian w konfiguracji w porównaniu z prawą, nie wywołuje tak mocnego bólu; mocz, oddany podczas badania w ilości 150 cm. sz., makroskopowo przedstawia się mętny, bez domieszki krwi. Na zasadzie powyższych danych nie mogłem przypuścić innej sprawy chorobowej, jak tylko ropną w lewej nerce; nawiązując badanie obecne do wspomnianego przez chorego bólu na 2 lata przedtem, sądziłem, że kamień najniezawodniej jest w danym przypadku, co najmniej, pośrednią przyczyną ostrej ropnej sprawy w lewej nerce.

Ze względu na bardzo ciężki stan chorego, postanowiłem nie zwlekać z zabiegami operacyjnym; tego samego wieczoru chory był przeniesiony ze swego mieszkania do lecznicy. Na 2-gi dzień, t. j. 6-go września, dokonana była operacya w uśpieniu chloroformowem. Przed przystąpieniem do operacyi otrzymałem rozbiór moczu, wykonany przez kol. Szerypo; wykryto w nim białko (0,8‰); osad, badany drobnowidzowo, wykazał znaczną liczbę ciałek ropnych, ułożonych kępami, i niewiele czerwonych krążków dobrze zachowanych i nabłonki podobne do miedniczkowych w małej liczbie; parę wałeczków szklitych i sporo kryształów kwasu moczowego.

Operacyi dokonałem przy pomocy kolegów Sławińskiego, Smużyńskiego i Burzyńskiego. Cięcie poprowadziłem skośne od 12-go żebra, kończąc poniżej kolca górnego przedniego; torebka tłuszczowa okolonerkowa dość obfita; po oddzieleniu jej, udało się wyłonić lewą nerkę, co najmniej w trójnasób powiększoną; torebka włóknista mocno przekrwiona; chelobotania w nerce nie można wykazać; przekłucie wywiadowcze dało wynik ujemny. Wtedy poprowadziłem cięcie sekcyjne nerki włąb na parę cm., nie przecinając tylko bieguna górnego i dolnego; obie powierzchnie na przecięciu nerki usiane były przez liczne małe ogniska ropne; cięcie pogłębiłem przez cały miąższ nerki do miedniczki; obraz makroskopowy przedstawiał się w dalszym ciągu jednakowo; nigdzie nie można było wykryć względnie większego zbiornika ropy; ani w miedniczce, ani w biegunach nerki nie wyczuwa się żadnego złoju; ten sam wynik ujemny otrzymuje się przy dwuręcznym obmacywaniu każdej połowy przeciętej nerki; krwawienie z przeciętej nerki względnie było bardzo nieznaczne.

Włożyłem parę pasów gazy włąb aż do samej miedniczki; ranę nerki nieco zmniejszyłem paroma szwami ze struny. Wieczorem ciepłota ciała

obniżyła się do 38,5, a bóle znakomicie zmalowały. Mocz tego dnia chory oddał 800 cm. sz.; mocz mętny tak, jak i przed operacją. Na drugi dzień w moczu widoczna jest domieszka krwi; przez 2 dni następne ilość krwi znacznie zwiększa się, potem stopniowo zmniejsza się, i przy końcu tygodnia nie daje się już zauważyć. Ciężota ciała po paru dniach spada do normy, i na tym poziomie stale się utrzymuje.

Opatrunki z początku zmieniano codziennie; gaza, wkładana wewnątrz nerki, zawsze jest nasiąknięta ropą, a jednocześnie cały opatrunek przesiąknięty moczem. Gojenie jednak postępuje szybko, wobec znakomitej poprawy ogólnego stanu chorego. Po 3 tygodniach do nerki wkłada się tylko wązki pasek gazy; mocz na zewnątrz nie wydziela się; ilość dobową mocz osiąga 1500 cm. sz. Po 4 tygodniach chory sam już przychodził na opatrunek do szpitala; pozostał wązki ale głęboki kanał, wydzielający mało ropy, do którego już nie można było włożyć gazy.

W końcu października najniespodziewaniej dostał dreszczów i bólów w tym samym boku, z podniesieniem ciężoty do 40,5°; przypuszczając, że to pogorszenie jest zależne od zatrzymania się ropy, wprowadziłem przez ledwie dostrzegalną przetokę cienki zgłębnik, który udało mi się przesunąć aż do miedniczki; po wyjęciu zgłębnika wypłynęło z głębi kilka kropli ropy; rozszerzyłem wtedy cienkim klampem kanał; z głębi wylało się ze 2 łyżeczki ropy. Włożyłem cienki pasek gazy; ciężota zaraz na drugi dzień opadła do normy. Zagojenie zupełne przetoki nastąpiło po paru tygodniach, i od tego czasu aż do chwili obecnej operowany czuje się zupełnie zdrowym.

Z 7 opisanych przypadków jeden (przyp. 3-ci) zakończył się śmiercią; sprawa ropna trwała tutaj dość długo, a rozpoznanie było znacznie utrudnione, gdyż chory, cierpiąc od dłuższego czasu na uwiąd rdzenia, zupełnie nie uskarżał się na bóle, pomimo tak wielkich zmian w prawej nerce, jakie stwierdziliśmy podczas operacji. Śmierć w tym przypadku, najprawdopodobniej, powstała wskutek rozwijającej się sprawy ropnej i w drugiej nerce, na co wskazywał szybko postępujący bezmocz.

W 6-ciu przypadkach po dokonaniem przecięcia nerki nastąpiło wyzdrowienie; w 2-ch z nich choroba rozwinięła się w okresie połogowym (1 i 2 przyp.), w jednym (6 przyp.) zapewne w związku z zarażeniem dwóinkami, w 3-ch pozostałych (4, 5 i 7) wyraźnego źródła zakażenia nie można było wykazać.

We wszystkich tych przypadkach rozpoznanie nie natrafiało na wielkie trudności; wszystkim mniej więcej towarzyszyły stale objawy, jako to — ostry początek choroby, gorącz-

ka, mniejszy, lub większy stopień powiększenia nerki, i ból, ściśle umiejscowiony do chorego narządu. Zmiany w moczu w tych cierpieniach najczęściej same przez się nie wiele wpływają na dokładne wyświetlenie sprawy chorobowej, jak to miało miejsce w większości naszych przypadków; zmian w moczu może nawet wcale nie być, jeżeli moczowód chorej nerki jest stale i całkowicie zamknięty, lub ognisko ropne nie łączy się wcale z miedniczką; w razie przeciwnym znajdujemy zmiany, polegające na obecności ciałek ropnych, czerwonych krążków, wałeczków i nabłonków nerkowych.

Niekiedy jednak zdarzały się przypadki błędnego rozpoznania; tak np. Citton (z Bostonu) rozpoznał u 39 letniej kobiety zapalenie wyrostka robaczkowego; po rozcięciu powłok brzusznych, jelito ślepe i wyrostek znalazł w stanie prawidłowym; jednocześnie jednak stwierdził powiększenie prawej nerki. Ranę w powłokach brzusznych zaszył, wykonawszy cięcie lędźwiowe, znalazł po przecięciu torebki włóknistej na powierzchni nerki drobne szare ropne ogniska; część ich wyciął. Chora wyzdrowiała.

Douglas (New-York) u dziewczyny 7 letniej rozpoznał ropne zapalenie wyrostka robaczkowego pozakątnicowe. Po otwarciu jamy brzusznej znalazł wyrostek duży, ale nie zmieniony, ale po za tem przekonał się, że prawa nerka jest 3 razy powiększona; po przecięciu torebki włóknistej na powierzchni nerki dużo małych ropni; nerkę usunął. Dziewczynka wyzdrowiała. Słusznie też zwraca uwagę Richardson na to, aby zbyt pośpiesznie nie rozpoznawać zapalenia wyrostka robaczkowego, nie uwzględnivszy przedtem wszystkich możliwych spraw chorobowych, będących w stanie wywołać mocne bóle brzucha.

Rozpoznavszy ostrą sprawę ropną w nerce, nie należy zwlekać z zabiegiem operacyjnym, szczególnie w tych przypadkach, w których nie ma danych na to, że sprawa ropna rozwinęła się na drodze wstępującego zakażenia; za wskazane uważam tylko cięcie nerki, i we wszystkich moich przypadkach tylko ten zabieg stosowałem; czy samo odłuszczenie torebki dostateczne by było do uzdrowienia chorego w każdej podobnej sprawie, trudno dzisiaj to przewidzieć wobec niewielkiej liczby spostrzeżeń. U nas wynik dodatni po samem odłuszczeniu torebki w rozsianych drobnych ropniaczkach na powierzch-

ni nerki, otrzymał kol. Jan Świątecki, ogłaszając spostrzeżenie swoje w 1909 r. Zastrzedz się jednak należy, że ograniczając się na samem wyłącznie przecięciu torebki, pozbawiamy się możliwości stwierdzenia zmian, jakie zaszły w mięszsu, a z drugiej strony moglibyśmy pozostawić nie otwartymi większe zbiorniki ropy.

Przystępowanie do pierwotnego usunięcia nerki w ostrych sprawach ropnych uważałbym za zbyt ryzykowne, i ponieważ może zadziwić nawet ta śmiałość, z jaką niektórzy operatorzy przy błędnem np. rozpoznaniu znajdują dopiero podczas operacji chorą nerkę, i natychmiast ją usuwają. Wszakże nie wiemy wtedy, czy druga nerka jest zdrowa, a przede wszystkim—czy jej sprawność fizyologiczna będzie na tyle dostateczna, aby mogła i za siebie, i za usuniętą nerkę należycie pracować. Przybliżone nawet określenie tej sprawności wymaga dłuższego czasu, a przez to staje się na razie niemożliwe, szczególnie w tych przypadkach, w których ciężki septyczny stan chorego nie pozwala na zwleknięcie z zabiegiem operacyjnym.

Wogóle jednak dzisiaj można zauważyć, że w miarę rozwoju metod badania, w miarę tych kolosalnych usług, jakie oddaje w ostatnich latach prześwietlanie promieniami Roentgena, dawniejsza pochopność do natychmiastowego usunięcia nerki, po za gruźlicą i złośliwymi nowotworami, straciła dużo na swym impecie.

Widać to nawet ze sprawozdań z tegorocznego zjazdu chirurgów w Berlinie. Kümmel, który do 1903 r. wykonał 400 wycięć nerki, na tym zjeździe uważa cięcie nerki za bezspornie wskazane w ostrych ropnych sprawach nerki i oddaje mu pierwszeństwo przed wycięciem ze względu na to, że po samem przecięciu nerka w wielu razach może jeszcze odzyskać swą sprawność; radzi on robić cięcie duże i stosować tamponowanie; na tym samym zjeździe Israel również poparł zdanie, wygłoszone przez Kümmela. Oddać trzeba sprawiedliwość Guyonowi, że ten zawsze był zwolennikiem cięcia nerki w ostrych sprawach ropnych.

Z 6 ciu naszych przypadków 4 zakończyły się zupełnie wyzdrowieniem dzięki tylko samemu przecięciu nerki; w 2-ch zaś (przyp. 4 i 5) nastąpiło wyzdrowienie, ale powstały przetoki moczowe. Przetoki takie, jeżeli są czysto moczowe, goją się

nawet po upływie dłuższego czasu, tak np. w jednym przypadku Guyona nastąpiło zagojenie przetoki po 4-ach latach; naturalnie, jeżeli przetoka jest ropiejąca, to przy dobrym stanie drugiej nerki lepiej jest usunąć chorą; w jednym przypadku Izraela naokoło przetoki ropomoczowej wytworzyło się zwyrodnienie rakowe, co zmusiło go do wczesnego wtórnego wycięcia nerki.

W 4-yim moim przypadku przetoka moczowa trwała 13 lat; przy badaniu cystoskopowem w połączeniu z metodą barwnikową przekonano się, że mocz, na niebiesko zabarwiony, wytryskał tylko z prawego moczowodu; w 5 przypadku, w którym zastosowano separator Luysa, nie otrzymano moczu z moczowodu ze strony operowanej nerki. Wobec tych danych, wskazujących na niedrożność moczowodów, tak w jednym, jak i w drugim przypadku o zagojeniu przetoki nie można było już więcej myśleć, i trzeba było zdecydować się na usunięcie nerki. W tych jednak przypadkach, być może, więcej, niż w innych, należy dobrze określić sprawność przypuszczalnie zdrowej nerki, gdyż nerka, która ma być usunięta z powodu przetoki moczowej, bądź co bądź jeszcze funkcjonuje; w naszych obu przypadkach ilość dobową moczu, wydalana przez przetokę, była stosunkowo dość znaczna.

W przypadku 5-yim (operowanym w 1902 r.) zastosowana była metoda kryoskopijna i określanie wydzielanego chromogenu; metody te w owym czasie były wogóle w najczęstszym użyciu, chociaż na parę lat przedtem (w 1897 r.) Guyon i Albaran pierwsi zastosowali cewnikowanie moczowodów już nietylko w celu rozpoznawania choroby, ale i dla określenia stopnia sprawności nerki. Metoda ta opracowana przez Albarrana była zastosowana w naszym 4-yim przypadku, w którym usunięto nerkę w roku bieżącym w kwietniu.

Dotychczas sprawa wyższości jednej metody nad drugą dla określenia stopnia sprawności nerki wcale nie jest zakończona; dziwić się jednak należy, że różnica w poglądach różnych chirurgów, rozporządzających dużym materiałem, na rozmaite metody są niekiedy wprost diametralnie przeciwne; tak np. Kümmel, opierając się na swych 400 wycięciach nerek, uważa określenie Δ moczu i krwi za zupełnie wystarczające dla określenia sprawności nerki; zdanie Kümmela podzielają także

Casper i Richter. Kapsammer znów uważa kryoskopię moczu i krwi za metodę zbytęzną i niepewną, szczególnie przy poluryi, a pierwszeństwo oddaje próbie florydzykowej. James Israel i Albarran nie zgadzają się z powyższymi autorami co do pewności tych metod czy to kryoskopijnej, czy florydzykowej. Beer przytacza dużą liczbę takich przypadków, w których pomimo nieprawidłowej Δ moczu i krwi operowani dobrze zniesli usunięcie nerki, i odwrotnie przy normalnej Δ pozostawiona nerka nie spełniała dostatecznie swej czynności, i operowani względnie prędko umierali. Rovsing także zapatruje się na te metody, jako na niepewne dla określenia sprawności nerki; wykonywał on wycięcie nerki dosyć często z dobrym wynikiem w tych przypadkach, w których wyniki kryoskopii powinny były stanowić przeciwwskazanie do usunięcia nerki; w jednym zaś przypadku, w którym Δ moczu i krwi wypadła prawidłowo, po wycięciu nerki nastąpiła śmierć z powodu mocznicy. Albarran zajął więcej stanowisko eklektyczne; ostrzega on przed zasklepianiem się przy jednej metodzie wyłącznie; kryoskopia moczu dała mu w $\frac{2}{3}$ przypadkach wyniki, nie podlegające zarzutowi; kryoskopii krwi nie przypisuje Albarran żadnego znaczenia. Próbę z błękitem etylowym stawiam wyżej nad florydzykową. Największy jednak nacisk kładzie na wykonywanie zalecanej przez niego tak zwanej doświadczalnej poluryi z następczem badaniem składników i ich stosunku wzajemnego do siebie. Metoda ta rzeczywiście wzbudza do siebie najwięcej zaufania, wymaga ona jednak conajmniej dwugodzinnego cewnikowania moczowodu, co jest męczące dla badającego, a szczególnie dla chorego, o czem osobiście przekonać się mogłem podczas wykonywania przez kol. Wertheima badania chorej, opisanej w naszym 4-ym przypadku.

PIŚMIENICTWO.

- James Israel. Chir. Klinik der Nierenkrankheiten. 1901.
Rumpel. Münch. Med. Woch. 1903. № 1, 2, 3.
Kapsammer. Münch. Med. Woch. 1905. № 17.
Albarran. Exploration des fonctions rénales. Paris. 1905.
Richard Knorr. Die Cystoskopie. Berlin. 1908.
Jan Świątecki. Gazeta Lekarska. 1909. № 17.
F. I. Citton. Ref. w Journal de chir. 1912. № 2. T. VIII.
Douglas. Ref. w Journal de chir. 1911. № 1. T. VII.
Richardson. Annals of Surgery. 1912. Febr.
A. Gabszewicz. Gazeta Lekarska. 1895. № 35.
Semaine medicale. 1912. № 17.