

PRZEGLĄD

CHIRURGICZNY I GINEKOLOGICZNY

DWUMIESIĘCZNIK

Pismo jest wydawane przez gremium lekarzy, w którego skład wchodzi

Antecki Stanisław, Bartkiewicz Br. (Zawiercie), Bełżyński Mieczysław, Borsuk Marian, Boryssowicz Teodor, prof. Bujwid Odo (Kraków), Bursche Emil, Chodakowski Gustaw, Ciechomski Andrzej, Cykowski Stanisław, Czarkowski Józef, Czerwiński Cz. (Lublin), Dobrucki S. (Lublin), Ehrlich Eugeniusz, Endelman Zygmunt, Filipowicz Władysław, Fiszer Stanisław, Fryszman Aleksander, Fuksiewicz Leon (Radom), Gabszewicz Antoni, Garszyński Wacław, Goldberg Oskar, Goldman H. (Łódź), Gromadzki Jan, Groszlik Samuel, Gruszczyński Aleksander, Gurbki Stanisław, Horodyski Witold, Jakimiak 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, Krakowski Franciszek, Krusze Alfred (Łódź), prof. Kryński Leon, Laskowski Józef, Lebensbaum Maksymilian, Leśniowski Antoni, Lewenstern Eugeniusz, Lorentowicz Leonard, Łapiński Wacław, Majewski Feliks, (Włno), Marcinkowski Alfons, Mincer Adam, Mirowski (Bielce g. Bessara ska), Monsiorski Zygmunt, Natanson Antoni, Neugebauer Franciszek, Oderfeld Hipolit, Orzeł Kazimierz, Popiel Włodzimierz, Przyborowski Adam, Raun Roch, Rylko Marian, Sawicki Bronisław, Sławiński Zdzisław, Smiechow-ski Antoni, Solman Ignacy, Stankiewicz Czesław, Stankiewicz Władysław, Stanisławski Stanisław (Łowicz), Szybowski Bronisław, Szymański Bronisław, Thleme Apollinary, Tymieniecki Edward, Wertheim Aleksander, Wrześniowski (Częstochowa), Zaborowski Stanisław, Zembrzuski Ludwik, prof. Ziemacki Józef (Petersburg), Zwejgbaum Maksymilian, Żurkowski Witold.

REDAKTOR ANTONI LEŚNIEWSKI

WYDAWCA CZESŁAW STANKIEWICZ

Komitet redakcyjny: CIECHOMSKI, FR. KLEWSKI, prof. KRYŃSKI, MONSIORSKI, FR. NEUGEBAUER, ODERFELD, BR. SAWICKI, SŁAWIŃSKI i ZWEJGBAUM.

TOM IX. ZESZYT I.

LIPIEC — SIERPIEŃ 1913.

WARSZAWA

CZCIONKAMI L. BILIŃSKIEGO I W. MAŚLANKIEWICZA, NOWORODZKA 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 wyrebu domowego kefiru;

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

NA POWYŻSZE ŚRODKI OSOBNE CENNIKI

GRATIS I FRANCO.

PRACE ORYGINALNE.

O wgłobieniu jelit

napisał

S. DOBRUCKI

(z Lublina).

Pomimo olbrzymiego rozwoju chirurgii jamy brzusznej jeden z najbardziej zajmujących jej działów — o wgłobieniach jelit traktujący — zawiera dotąd pełno punktów spornych i wystarczająco niewyjaśnionych.

Przeglądając piśmiennictwo wgłobień, a zwłaszcza wgłobień o przebiegu ostrym, co najczęściej zdarza się w wieku niemowlęcym i dziecięcym, jesteśmy zadziwieni rozległą kazuistyką w piśmiennictwie angielskim, dużą względnie liczbę spotykamy przypadków w piśmiennictwie duńskim, nader małą natomiast — we francuskim i niemieckim. Najwymowniejszym dowodem powyższego twierdzenia są liczby, zaczerpnięte z nowszych prac odnośnych. Walton w szpitalach londyńskich znalazł w ciągu ostatnich 10 lat na 864 przypadków niedrożności jelit — 239 wgłobień, co stanowi 27,6%.

Kock i Oerum za okres czasu od 1880 do 1909 zebrali 397 przypadków wgłobień, spostrzeganych w całej Danii, a mianowicie: w szpitalu królowej Luizy w Kopenhadze 133, w po-

zostałych szpitalach stolicy 102, w szpitalach prowincjonalnych Danii 162.

Einhorn zaś na 15,000 operacji, wykonanych w klinice w Jenie, w ciągu ostatniego dziesięciolecia, spotkał zaledwie 11 przypadków wglobień.

Osmanski zebrał z olbrzymiego oddziału Körtego w szpitalu am Urban w Berlinie od roku 1891 począwszy zaledwie 21 przypadków wglobień.

Plettner twierdzi, że wglobienie u dzieci nie jest chorobą tak rzadką w Niemczech, lecz że nie zawsze zostaje rozpoznane. Na dowód tego przytacza fakt, że na 7 przypadków wglobień, spostrzeganych w szpitalu dziecięcym w Dreźnie, zaledwie w trzech za życia rozpoznano sprawę chorobową właściwie.

Kirmisson, stwierdzając olbrzymią liczbę przypadków wglobień w Anglii, nie przypisuje tego specjalnym warunkom ani klimatycznym, ani rasowym, lecz tylko niedokładnemu rozpoznawaniu wPOCHWIEŃ przez ogół lekarzy francuskich. Zdaniem Kirmissona, objawy niedrożności przewodu pokarmowego u oseków w 99% wywołane bywają wglobieniem jelit.

Kredel, natomiast, mniema, że operacje, we wglobieniach jelit wykonywane, dają tak liche wyniki, że wielu lekarzy powstrzymuje się od ogłaszania spostrzeganych przez się przypadków.

U nas przypadki wPOCHWIEŃ jelit do zbyt częstych również nie należą: dość powiedzieć, że jeden z wybitnych chirurgów warszawskich przez cały okres długoletniej i bardzo rozległej praktyki prywatnej, jak również szpitalnej, ani razu nie spotkał się z wglobieniem jelit. Prof. Przewoski na 30,000 sekcji, własnoręcznie wykonanych, jak mi to sam oświadczył, wglobienie widział 12 — 15 razy.

Pomimo niezbyt obfitej kazuistyki wPOCHWIEŃ w piśmiennictwie naszym cały szereg prac, przez chirurgów polskich ogłoszonych, stanowi poważny dorobek dla nauki o wglobieniach, dość wspomnieć nazwiska: Obalińskiego, Rydygiera, Mikulicza, Matlakowskiego, Rozentala, Leszczyńskiego, Oderfelda i innych.

Osobiście miałem możność zebrania z dwóch szpitali lubelskich (Ś-go Wincentego i Żydowskiego) za przeciąg lat 14—38 przypadków wglębień. Znaczną większość przypadków operowałem osobiście, w wielu pozostałych uczestniczyłem czynnie, pomagając Doktorom Majewskiemu i Modrzewskiemu, w kilku zaledwie, podczas mojej nieobecności operowanych, osobiście udziału nie brałem (№ 17, 34, 56).

Wglębienie jelit jest par excellence chorobą wieku dzieciennego, tak iż u Waltona na 239 przypadków widzimy 173 przypadki u dzieci, poniżej roku życia mających, po za 20 rokiem życia zaledwie spotykamy 15 przypadków. U Osman-skiego na 21 przypadków powyżej 15 roku życia spotykamy zaledwie 2 razy wglębienie.

Całkiem inaczej przedstawia się stosunek ten w naszym materyale, gdzie widzimy dużą odsetkę wpochwień u dorosłych:

Od $\frac{1}{2}$ roku do roku	2
„ 1 — 5 „	0
„ 5 — 10 „	5
„ 10 — 20 „	5
„ 20 — 30 „	9
„ 30 — 40 „	9
„ 40 — 50 „	8
Razem	38

Najmłodszy pacjent $\frac{1}{2}$ roku, najstarszy 50 lat.

Wybitnie przedstawia się w naszych przypadkach przewaga płci męskiej:

mężczyzn	27 = 71%
kobiet.	11 = 29%

W innych statystykach, zwłaszcza przewagę materyału dzieciennego obejmujących, różnicę płci zwykle spotykamy znacznie mniejszą.

Według narodowości spotykamy: 31 polaków, 7 żydów.

Wszystkie nasze przypadki pochodzą ze sfer niezamożnych, w 4 tylko widzieliśmy wpochwienie u ludzi dobrze majątkowo sytuowanych.

W 36 przypadkach choroba powstała nagle, w tej liczbie: po wysiłkach fizycznych 5 razy, po zjedzeniu dużej ilości nie-

strawnych pokarmów 4 razy, jeden raz w następstwie urazu brzucha na trzy tygodnie przed chorobą.

W dwóch zaledwie przypadkach wgłobienie powstało niepostrzeżenie na tle poprzedniej przewlekłej choroby jelit (№ 28 i 25).

Wymioty w początku choroby widzieliśmy 23 razy (przeszło 60%).

Zaparcie stolca w samym początku spotkaliśmy 5 razy (przeszło 13%), a w pozostałych przypadkach było przeczyszczenie z większą lub też mniejszą domieszką śluzu.

Krew w stolcach mamy w 15 przypadkach, a w 5 krew pokazała się dopiero po ławatywie, czyli razem 20 razy, co stanowi 52%.

Dęcie spotkaliśmy tylko 3 razy.

Najstalszym objawem był łatwo wymacywany charakterystyczny walcowaty guz w brzuchu w 33 przypadkach, co stanowi przeszło 86%.

Umiejscowienie guza widzimy:

na stronie prawej	8 razy
na stronie lewej	5 „
poprzecznie	18 „
poprzecznie i na lewo	1 „
na prawo, poprzecz. i na lewo	1 „

Wyczuć guza nie dało się zaledwie w 5 przypadkach (14%).

W tych ostatnich 5 przypadkach raz wystąpiło wyraźne stłumienie w prawym dole biodrowym (inv. ileo-colica № 27), dwa razy wybitne stłumienie odgłosu nad spojeniem łonowym na trzy palce poniżej pępka rozpoczynające się. W tych dwóch przypadkach spotkaliśmy się z wPOCHWIENIEM biodrowym (inv. iliaca). Zdaje mi się, że w przypadkach, w których występują objawy wgłobienia, guza nie wyczuwamy, a natomiast mamy wyraźne stłumienie nad spojeniem łonowym — podejrzwać możemy wPOCHWIENIE biodrowe. Mam na myśli tylko chorych dorosłych, u dzieci bowiem, zwłaszcza małych, wyczuwanie guza napotyka nieraz duże trudności.

Kurczenie się guza walcowatego przy obmacywaniu widzieliśmy tylko w 3 przypadkach. Nie jest to więc objaw tak

stały, jak niektórzy utrzymują, aczkolwiek jest on sam w sobie bardzo charakterystyczny.

W odbytnicy guz wyczuć nam zdarzyło się zaledwie w 3 przypadkach.

Z jakimi rodzajami wglębień mieliśmy do czynienia?

Widzimy jeden przypadek wglębienia okrężnicy w okrężnicę (*invaginatio colica*), trzy przypadki wglębienia jelita krętego w kręte (*inv. iliaca*), cztery przypadki nieokreślone (2 operacyjne № 1 i № 2, oraz 2 sekcyjne).

We wszystkich pozostałych przypadkach wglębienie powstało w okolicy kątnicy, przyczem w całym szeregu przypadków spotykamy wynicowanie dna kątnicy, która bądź przoduje we wglębieniu i stanowi szczyt tegoż, bądź też powstaje wtórnie we wglębeniach krętniczookrężniczych (*inv. ileo-colica*). Jest to zjawisko mało znane, niedostatecznie wyjaśnione, a posiadające jednak pierwszorzędne znaczenie.

Rzuca ono, z jednej strony, zupełnie odmienne światło na patologię wglębień kątnicznych; z drugiej zaś strony—daje nam podstawę do stosowania zupełnie innych metod operacyjnych w celu zapobiegania nawrotom wPOCHWIEŃ. Wobec doniosłości teoretycznej i praktycznej powyższej sprawy pozwolę sobie nad nią zatrzymać się nieco dłużej. Przedtem, jednak, należy sobie przypomnieć patologię i mechanizm wglębień wogóle.

Według klasycznego podziału (*Leichtenstern, Treves, Nothnagel* i in.) odróżniamy trzy główne postacie wPOCHWIEŃ:

1. *Inv. enterica* — jeżeli jelito cienkie zostaje wPOCHWIONE w cienkie, najczęściej jelito kręte w kręte.
2. *Inv. colica* — jeśli mamy jelito okrężne wPOCHWIONE w okrężne.
3. *Inv. ileo-coecalis*, jeżeli jelito cienkie i kątnica zostaną wPOCHWIONE w okrężnicę.

W tej ostatniej postaci odróżniamy:

- a) *Invaginatio ileo-coecalis* w ścisłym znaczeniu, t. j. jeżeli wPOCHWIEŃ zaczyna się od otworu krętniczokątniczego (*ostium ileocoecale*), pierwsza zostaje wPOCHWIONA do okrężnicy zastawka *Bauhina*, która stale przoduje i stanowi szczyt wglębienia. W dalszym ciągu wglębienie powiększa się kosztem jelita wPOCHWIAJĄCEGO (t. j. okrężnicy). Te postacie bywają bardzo rozległe i szczyt wglębienia sięga nieraz nietylko do

esicy, lecz nawet wypada przez odbyt nazewnątrz. Warunkiem niezbędnym w tych przypadkach jest długa, wolna krezka, pozwalająca na takie przesuwanie się jelit.

b) Invaginatio ileo-colica, jeżeli jelito kręte wypada do okrężnicy przez otwór krętniczokątniczny (ostium ileo-coecale), lecz zastawka Bauhina i kątnica pozostają na swoim miejscu. Dopiero w dalszym ciągu przy wolnej krezce wgłobienie powiększa się kosztem wwijania jelita wPOCHWIAJĄCEGO t. j. okrężnicy, zupełnie tak samo jak w postaci poprzedniej z tą tylko różnicą, że początek wgłobienia stanowi wypadnięte przez zastawkę Bauhina jelito kręte, które stanowi stale szczyt wgłobienia.

c) Inv. iliaca-ileocolica, jeżeli powstałe w dalszym odcinku jelita krętego wgłobienie (inv. iliaca) jako takowe wypada przez zastawkę Bauhina do okrężnicy, gdzie w warunkach odpowiednich może wywołać zjawisko zupełnie podobne, jak w dwóch poprzednich postaciach a) i b), z tą tylko różnicą, że stale przoduje i szczyt wgłobienia stanowi wgłobienie krętnicze, pierwotnie w jelicie krętym powstałe, wtórnie do okrężnicy jako gotowe inv. iliaca wypadnięte.

Częstość pojedynczych postaci Leichtenstern określa w sposób następujący:

inv. ileo-coecalis	52 ⁰ / ₀
inv. iliaca	30 ⁰ / ₀
inv. colica	18 ⁰ / ₀

Według statystyki Weissa, obejmującej 321 przypadków, widzimy następujące liczby:

inv. enterica (v. iliaca)	27 ⁰ / ₀
inv. colica.	23,67 ⁰ / ₀
inv. ileo-coecalis	49,33 ⁰ / ₀

W tej ostatniej grupie

inv. ileo-coecalis w znaczeniu przodowania valvulae Bauhini	39,83 ⁰ / ₀
inv. ileo-colica	9,5 ⁰ / ₀

Bardzo zajmujące są liczby na 280 przypadkach wgłobień oparte (Koek i Oerum).

	Dzieci poniżej roku	Powyżej roku
ileo-coecalis	113 p. = 49,5 ⁰ / ₀	58 = 38 ⁰ / ₀
iliaca	6 p. = 2,6 ⁰ / ₀	14 = 9,2 ⁰ / ₀
colica	28 p. = 12 ⁰ / ₀	36 = 23,7 ⁰ / ₀
ileo-colica	8 p. = 3,5 ⁰ / ₀	2 = 1,3 ⁰ / ₀
mieszane postaci (iliaca ileo-colica, iliaca ileo- coecalis)	9 p. = 3,9 ⁰ / ₀	3 = 1,9 ⁰ / ₀
nieokreślone	64 p. = 28 ⁰ / ₀	39 = 25,7 ⁰ / ₀

W naszej statystyce, na 34 przypadkach opartej, (№ 1 i 2, oraz sekcyjne 37 i 38 niedokładnie określone odrzucam) widzimy:

inv. enterica	3 p. = 8,82 ⁰ / ₀
inv. colica	1 p. = 2,94 ⁰ / ₀
inv. in regione ileo-coecali	30 p. = 88,22 ⁰ / ₀

W tej ostatniej grupie mamy

inv. ileo-colica	6 p. = 17,64 ⁰ / ₀
ileo-coecalis	0
Przodującą wycnicowaną ką- tanicę (coeco-colica)	16 p. = 47 ⁰ / ₀

Pozostałe postaci nieokreślone ściśle.

Przestudyowawszy dokładnie powyżej przytoczone liczby, widzimy olbrzymią przewagę w naszych spostrzeżeniach wglębień, w okolicy kątnicy powstających, a przytem zupełny brak wglębień ileo-coecalis, w znaczeniu ścisłym t. j. w warunkach przodowania kłapy Bauhina; natomiast spostrzegamy nową rubrykę wglębień, w których przoduje wycnicowana kątnica, a stanowiących 47⁰/₀!

Dla wyjaśnienia tej niezgodności wyżej przytoczonych statystyk musimy zwrócić się do mechanizmu wglębienia wogóle.

Mechanizm wpochwienia jelita cienkiego w cienkie, lub grubego w grube da się łatwo wytłómaczyć teorią Nothnagela, opartą na doświadczeniach na kotach.

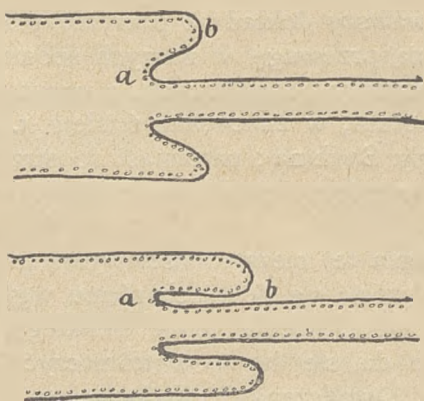
Nothnagel za pomocą drażnienia odcinka jelit prądem faradycznym wywoływał wglębienie jelit kilka centymetrów długości. Przytem spostrzegł: tężcowy skurcz podrażnionego odcinka jelita — skurcz mięśni okrężnych; w granicach tego skur-

czu jelito wydłuża się i zostaje wsunięte w poniżej leżący odcinek jelita luźnego. To ostatnie nakrywa jakby parasolem odcinek, będący w stanie skurczu. Ponieważ fala wzmożonego ruchu robaczkowego przechodzi z jelita, będącego w stanie skurczu, na jelito luźne poniżej leżące — odcinek wPOCHWIONY zostaje coraz dalej posuwany, zawdzięczając działalności włókien mięśniowych podłużnych. Mechanizm ten został zupełnie potwierdzony przez Fitzwilliamsa, a także przez Wilmsa.

Najnowsze badania w tym kierunku, przez Proppinga podjęte, potwierdziły wnioski poprzednich badaczy z tą tylko różnicą, że Propping zupełnie odrzuca czynny udział włókien podłużnych. Autor ten na zasadzie doświadczeń na królikach odróżnia dwa okresy:

a) Skurcz mięśni okrężnych na pewnej przestrzeni, wydłużenie się odcinka podrażnionego i pokrycie go przez jelito luźne jakby parasolem z obu końców, przyczem znacznie wyraźniej zjawisko to występuje na końcu odśrodkowym (aboralis).

b) Przejście kurczu włókien okrężnych odcinka wsuniętego na takie same włókna jelita wPOCHWIAJĄCEGO, i tym sposobem następuje jakby nasuwanie się jelita wPOCHWIAJĄCEGO na wPOCHWIONE. Wobec tego Propping nazywa to zjawisko nie Einstülpung, lecz Überstülpung.



Rys. № 1.

Na szemacie Proppinga (Rys. № 1) widzimy, że jeżeli skurcz włókien okrężnych przechodzi z punktu a na b, c i t. d.,

powiększa się przestrzeń jelita pokrywającego, a tem samem wgłobienie powiększa się, i jak to widzimy, kosztem jelita wpochwiającego. Najpierw wpochwiony odcinek jelita a stale przoduje, co zupełnie zgadza się z prawem Nothnagela, które brzmi: „w każdym wgłobieniu przoduje i szczyt stanowi zawsze ten odcinek jelita, który został pierwszy wpochwiony“.

Jeżeli, według Proppinga, wyobrazić sobie działanie włókien podłużnych, to takowe, mając stałe punkta a i a, w obrębie podrażnionego odcinka, kurcząc się mogą tylko zbliżyć te punkty ku sobie, wydłużony odcinek skrócić i wykonać odpochwienie. Bardzo być może, mówi Propping, że właśnie włóknom podłużnym zawdzięczamy przypadki samoistnego odpochwienia.

* *

Powyżej przedstawione kombinacye teoretyczne doskonale tłumaczą nam mechanizm invag. entericae et colicae, lecz zupełnie nie są w stanie wytłumaczyć wgłobień, w okolicy kątnicy powstających, noszących zbiorową nazwę inv. ileo-coecalis. Wgłobienia te jednak stanowią 44⁰/₀, a u dzieci nawet do 70⁰/₀. Częstość tych wpochwień tłumaczono: różnicą szerokości okrężnicy i jelita krętego; ruchomością dolnego odcinka jelita krętego w stosunku do nieruchomej kątnicy i wstępnicy; tą okolicznością, że zastawka Bauhina stanowi granicę pomiędzy więcej czynnem jelitem krętym, a więcej bierną okrężnicą. Niektórzy zaś przypisują wielkie znaczenie pewnemu skurczowi otworu kątniczookrężniczego, co zdarza się u dzieci, zwłaszcza po przeczyszczeniach, jak również po spożyciu niewłaściwych pokarmów. Przy dobrze zamykającej się zastawce i wolnej krezce często mocna fala ruchu robaczkowego, uderzająca w zastawkę, wsuwa ją w okrężnicę i daje początek inv. ileo-coecalis (Leichtenstern).

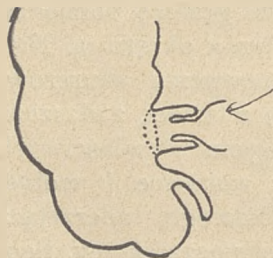
Dopiero spostrzeżenia, w ostatnich kilku latach poczynione, rzucają pewne światło na dotąd dość ciemną i zagadkową sprawę powstawania wgłobień kątnicznych.

Zacznijmy od invaginatio iliaca ileo-colica. W jelicie krętym powstałe i wypadnięte przez otwór krętniczookrężniczy do wstępnicy wgłobienie odegrywa tu rolę ciała obcego, zupełnie jak guz, i wywołuje wzmożenie ruchu robaczkowego, dążącego

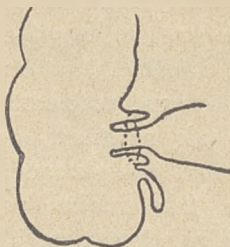
do przesunięcia ciała obcego w kierunku odbytu, co przy wolnej krezce pozwoli przesunąć przodującą część wgłobienia nie raz bardzo daleko, tworząc tym sposobem rozległe wgłobienie krętniczookrężnicze. Dlaczego jednak spotykamy zawsze, jak to w moich przypadkach widać, wynicowaną kątnicę — o tem pomówimy niżej.

Powstanie wgłobień krętniczookrężniczych tłumaczono niedomykalnością zastawki Bauhina; twierdzenie to zostało obalone przez Hirschsprunga. Leichtenstern wyjaśnia powstawanie *inv. ileocolicae* wypadnięciem błony śluzowej jelita krętego przez otwór krętniczookrężniczy do światła okrężnicy, analogicznie do tego, jak to ma miejsce w *prolapsus ani*. Wilms natomiast, nie zgadzając się na przeprowadzenie podobnej analogii ze względu na zupełnie inne warunki ciśnienia, twierdzi, że *inv. ileo-colica* powstać może li tylko z *inv. iliaca ileo-colica*. Tego samego zdania jest i Matti, któremu udało się w jednym z 5 osobicie spostrzeganych przypadków doskonale prześledzić mechanizm podobnego wgłobienia.

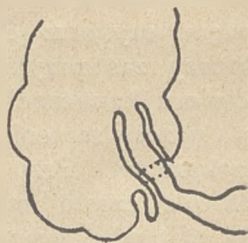
Jeżeli dobrze wpatrzymy się w szematy (Rys. №№ 2, 3 i 4) Mattiego, rzeczywiście musimy przyjść do przekonania, że w okresie trzecim (Rys. № 4) zupełnie zaciera się ślad pochodzenia *inv. ileo-colicae* od *inv. iliacae*.



Rys. № 2.



Rys. № 3.



Rys. № 4.

Czy poglądy Wilmsa, podtrzymane przez Mattiego, są słuszne, o tem orzec mogą dalsze badania, w każdym razie nie są one pozbawione logiki i najprawdopodobniej zgodne z rzeczywistością.

Zanim przejdziemy do wgłobień krętniczokątnicznych (inv. ileo-coecalis) w znaczeniu ścisłym, t. j. przy konieczności przodowania zastawki Bauhina, musimy sobie uprzytomnić warunki anatomiczne zastawki, a zwłaszcza układ w niej włókien mięśniowych.

Luschka wykazał, że podłużne włókna mięśniowe jelita krętego łączą się bezpośrednio z takimiż włóknami okrężnicy za pomocą szwu, tak że w tworzeniu zastawki Bauhina biorą udział tylko włókna okrężne. To samo zdanie podziela Henle, jak również O. Kraus. Gdyby rzeczywiście takie były stosunki anatomiczne w zastawce, zupełnie zrozumiałe byłoby, że skurcze mięśni podłużnych mogą wepchnąć zastawkę Bauhina do światła okrężnicy, lub też wciągnąć okrężnicę na otwór krętniczokątnicy. Badania jednak Toldta dowiodły, że włókna podłużne z jelita biodrowego i okrężnicy przechodzą na zastawkę, i że w tej ostatniej przebiegają pomiędzy warstwami włókien okrężnych prawie do samego dolnego brzegu zastawki. Ten właśnie układ nie tylko nie może wywołać wgłobienia zastawki Bauhina, lecz — odwrotnie — o ileby ono z jakich bądź przyczyn powstać mogło, skurcz włókien podłużnych, pociągając zastawkę Bauhina, wyciągnąłby ją i odpochwiał. Zupełnie analogicznie jest w każdej innej formie wgłobienia, jak to tłumaczy Propping.

A czy skurcz włókien okrężnych może tu wywołać wgłobienie, zgodnie z teorią Nothnagela? W żadnym razie — nie. Ponieważ jelito kręte leży mniej więcej pod kątem prostym do okrężnicy, włókna okrężne przeto nie przechodzą jedno w drugie, lecz również leżą pod kątem prostym.

Z tego widzimy, że na zasadzie danych anatomicznych zupełnie nie możemy sobie wyobrazić możliwości istnienia inv. ileo-coecalis z przodowaniem zastawki Bauhina. Gdyby takie postacie istniały i były tak częste, jak dotąd przypuszczano, czyż możnaby sobie wyobrazić, ażeby na 38 przypadków wgłobień ani razu nie udało się dostrzedz tej postaci.

Przypadek 25 stanowczo przeczy istnieniu tej postaci przy zwężeniu ostii ileo-colici, skoro przy tak dużym zwężeniu, jak w moim przypadku, o czem świadczy olbrzymi przerost mięśniówki dolnego odcinka jelita biodrowego, powstało wgłobienie, lecz nie przodowała zastawka Bauhina, a tylko dno wynicowanej kątnicy.

Jak więc powstaje cała masa wgłobień w okolicy kątnicy, nie dająca się podciągnąć do rubryki *inv. ileo-coecalis*?

Spostrzeżenie czynnego udziału kątnicy wyjaśni nam całą sprawę.

Zmiany w kątnicy przy wgłobieniach były spostrzegane niejednokrotnie i dość dawno, nie przypisywano temu jednak żadnego znaczenia, uważając to zjawisko za wtórne i zupełnie podrzędne.

Pierwszą wiadomość o zmianach patologicznych w kątnicy spotykamy u Carvera, który przy odpochwianiu jelit u 2 letniego dziecka spotkał duże trudności wskutek mocnego obrzmienia kątnicy (*portionis terminalis coeci*). Analogiczną, lecz dalej posuniętą sprawę widzieli Coleman i Kelloch, mianowicie: na mocno obrzmiałej kątnicy znaleziono miejsce zgorzeli nowe, znajdujące się na dnie kopułowatego zagłębienia. Dowiedziawszy się o tym przypadku, Barker ogłosił przypadek swój, gdzie po długim wyciskaniu i mięsieniu zagłoby udało się ostatecznie wydobyć jelito wpochwione, naostatku wyszło dno kątnicy. Sharkey i Clutton u mężczyzny 32 letniego widzieli wpochwione dno kątnicy obrzękłe, zgrubiałe, po wyrównaniu w tej chwili przyjmujące formę wklęsłą. Cavaillon widział u 46 letniego mężczyzny obraz następujący: „kątnica o ścianach bardzo zgrubiałych daje na dotyk uczucie piłki gumowej, kopuła ma kształt dna butelki (*cul de bouteille*)“. Bérard i Cohem widzieli kątnicę z dnem wklęsłym, spoistości namoczonego kartonu i t. d. Wnio-sków jednak żadnych z tych spostrzeżeń nie wyciągnięto.

Dopiero na zjeździe lekarzy angielskich w Cheltenham 1901 r. pierwszy Eve zwrócił uwagę na czynny udział kopuły kątnicy (*caput coeci*) we wgłobieniach i z liczby 21 obserwowanych przypadków w 6 spostrzegł to zjawisko. Przodowała we wgłobieniach nie zastawka Bauhina, lecz dno kątnicy. Z wielką przyjemnością mogę sprostować, że przypisywanie pierwszeństwa tego wniosku przez wszystkich Evemu jest niesłuszne. Pierwszy bowiem Obaliński o dwa lata wcześniej (1899), operując kobietę 42 letnią, wypowiedział: „kątnica mocno obrzękła stanowi szczyt wgłobienia“, co, według znanego prawa Notlinagela, jasno stawia sprawę przodowania kątnicy. W przypadku, opisanym przez Dêlore'a, spotykamy również: „odwrócone dno kątnicy stanowi szczyt wgłobienia“.

Nie wiedząc zupełnie o wyżej wzmiankowanych spostrzeżeniach, po raz pierwszy widziałem mocny obrzęk kątnicy w moim przyp. 4 (1902 r.) i zazaczyłem, że ona ostatnia wyszła przy odpochwianiu, nie wysnułem jednak z tego spostrzeżenia żadnych wniosków. Dopiero w przypadku 10 z roku 1904 przyszedłem do przekonania, że „wycinowana, obrzękła kątnica stanowi szczyt wgłobienia“, i nazwałem tę postać *invaginatio coeco-colica* *). O ile te poglądy do ostatnich czasów były pojedyncze i mało znane, świadczy fakt, że Wilms w swoim b. obszernem dziele: „*der Ileus*“ (1906 r.) cytuje, że Schiller obserwował przypadek, w którym kątnica przodowała, lecz, według niego (Wilmsa) „ta niezwykła postać zależy od zrostów lub też innych spraw patologicznych“.

W r. 1905 Clubbe, omawiając sprawę trudności w odpochwianiu pewnych odmian wgłobień krętniczokątnicznych, zwraca uwagę, że najtrudniej udaje się odpochwienie samego dna kątnicy. Nieraz potrzeba kilkuminutowego uciskania, ażeby zgrubiałe i niepodatne ściany samej kopuły wyrównać i tym sposobem tej ostatniej nadać jej właściwy ku dołowi wypukły kształt.

Dopiero u Gernerera po raz pierwszy spotkałem się z dokładnem omówieniem tej zajmującej sprawy. Gerner uważa jako jedną z przyczyn bądź utrudniających, bądź nawet uniemożliwiających ostateczne odpochwienie—obrzęk kątnicy. Przychodzi przytem do wniosku, że w większości przypadków wycinowane dno kątnicy stanowi szczyt wgłobienia i mówi: „*dans la grande majorité des cas c'est le caput coeci qui forme l'apex de l'invagination. Oedematié, gonflé il ne s'est pas invaginé, au propre sens du mot, mais inversé, formant une sorte de gros champignons*“.

Po wyciniowaniu kątnicy, wskutek ucisku i zmian w krążeniu, następuje obrzęk. Ściany kątnicy twardnieją, nabierają spistości namoczonego kartonu, drzewa lub piłki gumowej. W dalszym ciągu tworzą się zrosty ku sobie zwróconych powierzchni surowicznych, i to wszystko jasno tłumaczy te trudności, jakie napotykaemy, chcąc wyrównać (*deplisser*) pozostałe

*) Posiedzenie Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego 4 października 1904 r.

zagłębienie na kopule kątnicy. Lorenz w trzech w klinice Hochenegga spostrzeganych przypadkach widział, że nie ostium ileo-coecale stanowiło szczyt wgłobienia, lecz wycięwane dno kątnicy, i twierdzi, że jest przekonany, iż stale utrzymujący się pogląd, jakoby wgłobienie kątniczookrężnicze rozpoczyna się zawsze od ostium ileo-coecale, polega na mylnem spostrzeżeniu. Znacznie częściej, powiada Lorenz, przynajmniej w większości przypadków wycięwanie kątnicy jest pierwszym momentem. Postać tę wgłobień nazywa: *invaginatio coeco-colica*. Délore i Leriche, dokładnie przestudjowawszy wszystkie opisane przypadki, i na zasadzie 7 własnych, doszli do wniosku: „większość wgłobień ileo-coecalis — są to *invaginationes coeco-colicae*, kątnica odwrócona stanowi szczyt wgłobienia. *Valvula Bauhini* nie gra żadnej roli w powstawaniu wPOCHWIEŃ. *Invaginationes ileo-coecales* są to w rzeczywistości wgłobienia okrężnicy, i dadzą się zaliczyć do wgłobień okrężniczych, a zatem do *inv. colo-colicae*“.

Wspomnieć należy jeszcze o pracy Devillechabrolle'a, który zestawiał 32 przypadki wgłobień, rozpoczynających się od wycięwania kątnicy jednocześnie z mniej lub też więcej wycięwanym wyrostkiem robaczkowym.

Nie wchodząc w bliższe szczegóły wgłobienia samego wyrostka robaczkowego, ograniczę się tylko do zaznaczenia faktu, że przez znaczną większość badaczy zjawisko to za wtórne jest uważane. Do tego poglądu mnie upoważnia również przypadek mój 25, gdzie było częściowe wycięwanie wyrostka, lecz przyczyna wgłobienia kątnicy była tu jasna, mianowicie — stałe zmiany po sprawie poprzednio przebytej.

W nowszem piśmiennictwie spotykamy bardzo zajmującą pracę Blauela, w której autor podaje trzy przypadki wgłobienia, rozpoczynającego się od wycięwania kątnicy i przychodzi do następujących wniosków:

1. Tak zwana *invaginatio ileo-coecalis* w większości przypadków powstaje wskutek pierwotnego wycięwania dna kątnicy, to ostatnie stanowi szczyt wgłobienia.

2. Na zasadzie warunków anatomicznych w zastawce *Bauhina* musimy przyjść do wniosku, że pierwotne wPOCHWIEŃIE zastawki *Bauhina* jest wielce prawdopodobne. Odwrotnie—da-

ne anatomiczne i fizyologiczne zupełnie jasno tłumaczą możliwość powstania pierwotnego wycisowania kątnicy.

Podobnego zdania jest i Propping, który z pośród trzech spostrzeganych przypadków dwa razy u dzieci widział, że przodował nie otwór krętniczokątniczy, lecz część kątnicy, znajdująca się pomiędzy przednią a boczną taśmą. Po łatwym odpochwieniu zagłoby, w tem miejscu wypuklenia okrężnicy (*haustra coli*) były wycisowane i tak obrzękłe i stwardniałe, że dopiero po pewnych wysiłkach mogły być doprowadzone do stanu prawidłowego. Wskutek tego Propping wnioskuje, że — najprawdopodobniej — w dużej liczbie wgłobień spotkalibyśmy podobne zjawisko, gdyby nie uprzedzenie o konieczności przodowania *valvulae Bauhini* we wgłobieniach krętniczokątniczych.

Kock i Oerum w 1909 roku na zasadzie doświadczeń na zwierzętach przyszli do przekonania, że, o ile łatwo daje się wywołać wpochwienie jelit cienkich, o tyle wpochwienia krętniczokątniczego absolutnie wywołać nie udało się nawet drogą mechanicznego wpychania jelita krętego do okrężnicy. Według zdania powyższych autorów, przeszkodę stanowi najprawdopodobniej gruczoł, znajdujący się w kącie pomiędzy jelitem krętym a kątnicą. Wycisowawszy, natomiast, pierwotnie kątnicę, łatwo można wywołać wgłobienie z wtórnem wciągnięciem otworu krętniczokątniczego.

W piśmiennictwie duńskim dotąd powszechnie przyjęty pogląd Langego o konieczności przodowania *valvulae Bauhini* w *inv. ileo-coecalis* zaczyna tracić rację bytu wobec poglądów Hirschsprunga i Wichmana, uznających pierwotne wycisowanie kątnicy za przyczynę tych wpochwień.

Matti na zasadzie swoich spostrzeżeń oraz prac Blauela i Proppinga przychodzi do przekonania, że nie wszystkie wgłobienia krętniczokątnicze (*ileo-coecales*) w ścisłym znaczeniu są takie w rzeczywistości, nie decyduje się jednak kategorycznie odrzucić możliwość istnienia tychże.

Na zjeździe chirurgów polskich we Lwowie w 1907 r. na zasadzie spostrzegania 17 przypadków, na zjeździe zaś w Warszawie w 1910 r. na zasadzie 28 przypadków miałem sposobność wypowiedzieć przekonanie o niemożliwości istnienia wgłobienia krętniczokątniczego w znaczeniu ścisłym, t. j. w warun-

kach przodowania zastawki Bauhina, natomiast starałem się dowieść, że we wszystkich wpochwieniach, do tej kategorii zaliczanych, sprawa rozpoczynała się od wycisowania dna kątnicy, która też i przodowała we wgłobieniach.

Zobaczymy, jak ta sprawa przedstawia się dziś, opierając się na spostrzeżeniach liczniejszych, mianowicie—na 38 przypadkach. Przedewszystkiem uderza nas duża liczba wgłobień, w okolicy kątnicy powstałych. Począwszy od przypadku 10 go, t. j. od chwili spostrzeżenia przodowania wycisowanej kątnicy, na 38 przypadków mamy 22 w okolicy kątnicy powstałych. Z tych 6 inv. ileo-colicae (lub iliacaie ileo-colicae), w pozostałych zaś niewątpliwie początek wgłobienia daje wycisowana, obrzękła, spoiści pergaminu, namoczonej tektury lub piłki gumowej — kątnica. Po ostatecznem odpochwianiu następują się większe lub też mniejsze trudności, ostatecznie pozostaje na dnie dołek, tak że kątnica ma kształt dna butelki, a nieraz z wielką trudnością udaje się nadać dnu kątnicy prawidłową ku dołowi wypukłą formę. Nieraz za pomocą lekkiego uderzania w odpochwione dno (prz. 12, 12, 35) doświadczalnie dało się stwierdzić skurcz kątnicy i na oczekaniu zaczęło wytwarzać się nowe wgłobienie, od wycisowania dna kątnicy rozpoczynające się i sięgające dość daleko do wstępnicy.

Możność wywołania wgłobienia po odpochwianiu za pomocą drażnienia zauważył Jalaguier: po dokonaniu odpochwiania za pomocą lekkiego wciskania wyrostka robaczkowego powstało dość rozległe wgłobienie. Jalaguier jednak z tego faktu żadnych wniosków nie wysnuł.

Mechanizm wycisowania kątnicy dowcipnie tłumaczy Lorenz. Bardzo być może, powiada on, że i w granicach fizjologicznych, jak to ma — niewątpliwie — miejsce w wypuklinach okrężnicy (haustra), dno kątnicy wycisowuje się i powraca na powrót do stanu prawidłowego w pewnych prawidłowych przerwach, w zależności od ruchu robaczkowego, dążącego do usunięcia zebranej zawartości w kątnicy. Jeżeli wyobrazimy, że tak powstałe, rzecz można—fizjologiczne wycisowanie z jakich bądź przyczyn nie wyrównało, się a zostało zatrzymane na miejscu przez pewien czas, wywołuje podrażnienie jako ciało obce. W następstwie tego podrażnienia otrzymamy wzmożony ruch robaczkowy, dążący do usunięcia ciała obcego w kierunku

odbytu, czemu towarzyszyć musi przesuwanie się tego ciała obcego coraz dalej, co stać się może tylko jednocześnie z wwijaniem się wstępnicy, i tym sposobem mamy przez sobą gotowy obraz wgłobienia. Rzecz jasna, że sprawa ta powstać może tylko w razie wolnej krezki dla kątnicy i wstępnicy, w przeciwnym bowiem razie, po przejściu skurczu, kątnica może odpochwić się.

Wobec znanego faktu, że miazga pokarmowa w kątnicy leży względnie długo (nawet do 24 godzin), najmniejsze uchylenie od granic fizyologicznej pracy kątnicy może spowodować powyżej opisany nieprawidłowy skurcz włókien mięśniowych, a tym sposobem może powstać wycicowanie kątnicy, w następstwie czego otrzymamy wgłobienie.

Mechanizm wgłobień, od wycicowania kątnicy rozpoczynających się, Propping tłomaczy przykryciem, jakby parasolem, części kątnicy, będącej w stanie skurczu, przez odśrodkowy luźny odcinek tegoż jelita (Überstülpung).

Nader zajmujące są nasze przypadki wgłobienia krętniczokrężniczego, w których spostrzegaliśmy tuż za przodującym jelitem krętym (№ 16, 17, 29, 30, 34) idącą wycicowaną kątnicę, jakby dźwigającą na sobie wypadnięte do okrężnicy jelito kręte.

Czy w każdym przypadku rozległych wgłobień krętniczokrężniczych, w których zostaje wciągnięta ruchoma kątnica, ta ostatnia musi być wycicowana?

Na to pytanie odpowiedź znajdujemy w bardzo interesujących doświadczeniach Lorenza. Autor ten wykonał duży szereg doświadczeń na trupach noworodków, i często spotykał tak ruchomą kątnicę i wstępnicę, że udawało mu się sztucznie wytworzyć wgłobienie aż do poprzecznicy. Doświadczenia swoje wykonywał w sposób następujący: przez małe cięcie w początkowym odcinku poprzecznicy wyciągał za pomocą szczypcyków kątnicę i w różnych miejscach od wewnątrz poprząszywał długie nitki, mianowicie: do dna kątnicy, do otworu krętniczokrężniczego, do sztucznie zrobionego wypadnięcia jelita krętego i t. d.

Po odprowadzeniu na miejsce wyciągniętej kątnicy, za pomocą pociągania coraz za inną nitkę udało się Lorentzowi wywołać wszystkie postacie wgłobień kątnicznych. We wszystkich przypadkach takim sposobem zrobionych sztucznych wgłobień krętniczokątnicznych lub krętniczookrężniczych kątnica nigdy nie była wycinowana, lecz zawsze posuwała się pod postacią ślepego worka. Czyli, że wycinowanie kątnicy, jakie spotykamy w podobnych postaciach wgłobień chorobowych, nie jest bierne, lecz czynne, powstaje bowiem ono nie wskutek pociągania przez postępujące wgłobienie, lecz—najprawdopodobniej—skurcz mięśni okrężnych kątnicy powoduje powstanie wycinowania tejże.

Wypadnięte do światła okrężnicy jelito kręte odgrywa rolę ciała obcego, i wywołuje podrażnienie, w następstwie czego powstaje wzmożony ruch robaczkowy w kątnicy, zaczynając od jej kopuły (jak to ma miejsce w prawidłowej pracy fizyologicznej); wobec jednak trudności posunięcia ciała obcego — wypadniętego jelita — w kierunku odbytu, powstaje przekraczający granice fizyologiczne tężcowy skurcz włókien okrężnych kątnicy, za tem idzie wycinowanie tej ostatniej i wgłobienie mniej lub też więcej rozległe, w zależności od warunków anatomicznych.

Zupełnie analogiczny mechanizm spotykamy we wgłobieniach jelit cienkich, lub też grubych przy polipach, wychodzących z błony śluzowej lub podśluzówki, a także przy nowotworach złośliwych. Guzy te wywołują wgłobienie nie ciężarem swoim, pociągającym za ścianę jelita, lecz drażnieniem, wywołanem li tylko obecnością guza. Zupełnie taką samą rolę odgrywa wycinowany uchyłek Meckela w jelicie krętym. Podrażnienie jelita może powstać nie tylko w świetle tegoż, lecz również może zależeć od przyczyn, znajdujących się nazewnątrz samego jelita; zum Busch opisał przypadek, w którym mały guzek, przy przyczepie krezki do jelita krętego znajdujący się, wywołał wgłobienie. Taką samą rolę odgrywa i wyrostek robaczkowy, nie ulega bowiem żadnej wątpliwości, że pewne zmiany chorobowe jakoteż i anatomiczne w wyrostku są w stanie wywołać wycinowanie kątnicy.

Nader zajmujący jest przypadek Jalaguiera: podczas operacji przepukliny autor ten widział przez worek przepuklinowy,

jak kurczenie się wyrostka przechodziło na kątnicę i wywoływało bardzo wyraźne kurczenie się włókien okrężnych dna kątnicy, do wycisowania tej ostatniej i do wgłobienia pozostał jeden tylko krok.

Nader zajmujące zjawisko spostrzegaliśmy podczas jednej operacji uwięzionej przepukliny pachwinowej prawostronnej. Mężczyzna 46 letni od 9 lat ma przepuklinę, która stale powodowała bóle w nadbrzuszu, zupełny brak łaknienia, ogólne osłabienie i t. d. Zgłosił się do szpitala S-go Wincentego 2 maja 1913 r. z uwięzioną przepukliną wielkości dwóch pięści. Przy operacji (Modrzewski) znaleziono w worku przepuklinowym kątnicę, dolną część wstępnicy i dolny odcinek jelita krętego. Znajdujące się w worku jelita ciemnosinej barwy o ścianach mocno nacieczonych, zgrubiałych, na kątnicy dużo mocnych, starych blizn otrzewnowych. Po za tem w trzech miejscach dna kątnicy pomiędzy taśmami podłużnymi w miejscu normalnych wypukleń okrężnicy widzimy trzy zagłębienia, przedstawiające się w formie wgłobień 4 — 5 cm. głębokich, w każde z nich swobodnie wchodzi pół palca wskazującego. Odpochwienie tych wgłobień ze względu na duże nacieczenie ścian jelita okazało się niemożliwe. Z tego widzimy, że ucisk pierścienia przepuklinowego na okrężnicę mógł wywołać nadmierny skurcz włókien okrężnych dna kątnicy, wskutek czego powstały trzy oddzielne wycisowania wypukleń (haustra) kątnicy. Włókna zaś podłużne przechodzące w taśmach (*striae longitudinales*) żadnego w tem udziału nie miały.

*

Ze wszystkiego, cośmy o wgłobieniach kątnicznych powiedzieli, wysnuć możemy wnioski następujące:

1. Badania anatomiczne i kliniczne bezwzględnie wyłączają możliwość przodowania otworu krętniczokątniczego (*ostium ileo-coecale*) we wgłobieniach.

2. Wszystkie przypadki wgłobień, do rubryki krętniczokątnicznych w znaczeniu przodowania zastawki Bauhina zaliczane, są to wgłobienia kątniczookrężnicze (*inv. coeco-colicae*) z wycisowaną przodującą kątnicą.

3. Wgłobienia krętniczookrężnicze (*inv. ileo-colicae*) w zna-

cznej większości przypadków, a być może i wyłącznie, powstają z wypadniętego do światła okrężnicy już gotowego wgłobienia krętniczego (inv. iliaca).

4. To ostatnie wgłobienie (inv. ileo-colica) wobec ruchomych lub dających się uruchomić kątnicy i wstępnicy (colon ascendens) wywołuje wtórne wycisnienie dna kątnicy i rozległe wgłobienie kątniczookrężnicze.

Jeżeli powrócimy teraz do klasyfikacji wgłobień kątnicznych, mając na myśli przed chwilą przedstawione wnioski, to musi wypaść nam podział następujący :

1. Kątnica i wstępnica zostają w miejscu i biorą tylko udział bierny—wgłobienie krętniczookrężnicze (invaginatio ileo-colica).

2. Kątnica bierze razem ze wstępnicą udział czynny :

Wgłobienie kątniczookrężnicze (inv. coeco-colica)	}	a) samoistne
		b) jako wywołane przez inv. ileo-colica.

A tym sposobem, jeżeli za podstawę klasyfikacji wgłobień wogóle weźmiemy jelito wPOCHWIAJĄCE, otrzymamy podział następujący:

1. Inv. entericae.

2. Inv. colicae	}	a) colo-colicae
		b) coeco-colicae
		c) ileo-colicae.

*

Z szeregu przedstawionych poniżej własnych przypadków dwa (№ 15 i № 32) zasługują na specjalne omówienie. W obu przypadkach wgłobienie powstało na tle poprzedzającego cierpienia, któremu towarzyszyły bóle w stawach, wybroczyny krwawe na skórze, zwiększenie się ciepłoty i t. d. Pomimo woli nasuwa się pytanie, w jakim związku znajduje się powyższy obraz chorobowy z wgłobieniem; czy jest to tylko przypadkowy zbieg okoliczności?

Dla wyjaśnienia tej sprawy musimy sobie przypomnieć objawy, towarzyszące chorobie, noszącej miano—purpura abdo-

minalis Henochi. Autor ten po raz pierwszy w r. 1868 widział, a opisał w r. 1874 przypadek, w którym na tle niestrawności i lekkiej żółtaczkii wystąpiły bóle w stawach palców, w kilka dni później — krwawe wybroczyny na skórze bioder, poczem przysły gwałtowne bóle kiszki, wymioty i krwawe stolce. Nadbrzusze było lekko wzdęte i bolesne, ciepłota ciała zwiększona do 38,6. Po pięciu dniach trwania bólów — trzydniowa przerwa, poczem znów nawrót choroby ze wszystkimi wyżej opisanymi objawami i t. d. Dość powiedzieć, że w ciągu 7 tygodni było 5 nawrotów; ostatecznie zupełne wyzdrowienie. Najlepiej działał makowiec. Później Henoch spostrzegał jeszcze kilka podobnych przypadków. We wszystkich występowały krwawe wybroczyny na skórze jednocześnie z napadowymi bólami w brzuchu, wymiotami, krwawieniem kiszki, często z bólami w stawach, a niekiedy i obrzmieniem tychże. Charakterystycznym objawem tej choroby, podług Henocha, jest powtarzanie się w odstępach kilkudniowych, bądź kilkutygodniowych, a nawet kilkumiesięcznych. Henoch widział dwa przypadki śmiercią zakończone, które, niestety, nie były poddane pośmiertnemu badaniu.

Döbeli, na podstawie własnego przypadku: u chłopca 8 letniego kilkakrotne napady wglębienia esicy jednocześnie z objawami purpura abdominalis, przychodzi do bardzo zajmujących wniosków:

1. Purpura abdominalis nie jest chorobą samoistną.

2. Spostrzegane w niej objawy są wyrazem schorzenia kanału pokarmowego bądź w całej jego rozciągłości, bądź tylko pewnego odcinka.

3. Schorzenie kanału pokarmowego jest sprawą pierwotną, purpura zaś ze wszystkimi objawami jest sprawą wtórną.

4. W wielu chorobach dróg pokarmowych, w których ma miejsce uszkodzenie całości błony śluzowej, powstaje wchłanianie drobnoustrojów lub też ich toksyn, co u osobników specjalnie usposobionych może spowodować szereg objawów, noszących miano — purpura abdominalis.

5. Tylko wyleczenie pierwotnego cierpienia dróg pokarmowych wpływa leczniczo na objawy purpurae.

Jak wytłomaczyć związek wglębienia z plamicą Henocha?

Zaaijer, na zasadzie dwóch przypadków, w których w pla-

micy powstało wgłobienie jelit, przychodzi do przekonania, że plamica jest tylko momentem usposabiającym. Na tle bowiem plamicy powstałe krwawienie do błony śluzowej jelit jest bodźcem, wywołującym wPOCHWIENIE, zupełnie analogiczne z polipami jelitowymi. Możliwe jest również, że wynacznienie w okolicy nerwu może wywołać podrażnienie lub porażenie pewnego odcinka jelit, w następstwie czego również może powstać wgłobienie.

Sutherland zebrał 23 przypadki krwawień do ścian jelit, przyczem powstał obraz, podobny do plamicy Henocha: początek zwykle ostry, wymioty, kolki kiszkiowe i krwawe stolce, często wybroczyny na skórze kończyn. W większości jednak przypadków wybroczyn na skórze nie było, krwawienie zaś w jelitach przeważnie spostrzegano w dolnej części jelita krętego. Sutherland podkreśla trudność odróżnienia krwawienia do ściany jelit od wgłobienia.

Ze wgłobienie jelit jest sprawą następczą w plamicy, dowodzi przypadek Letta. Chłopiec 5 letni nagle dostał rozwolnienia, bólów w brzuchu, wkrótce wystąpiło obrzmienie stawów i krew pokazała się w wypróżnieniach, wybroczyny krwawe na skórze. Dnia następnego dokonane cięcie brzucha wykazało wgłobienie (inv. ileo-coecalis); odPOCHWIENIE powiodło się bardzo łatwo. Po upływie trzech dni znaczne pogorszenie stanu chorego: znów częste rozwolnienie, bóle napadowe, wymioty, krwawe stolce, obrzmienie stawów, olbrzymie wynacznienie na skórze.

Nie zgodzono się na powtórny operację, dziecko zmarło, a badanie pośmiertne wykazało zapalenie septyczne otrzewnej i nowe wgłobienie w jelicie krętym (inv. enterica).

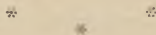
Przypadki wPOCHWIENIE jelit na tle plamicy są rzadkie, dość powiedzieć, że Kock i Oerum na blisko 400 przypadków ani razu nie spotykali plamicy.

Zupełnie podobny do mojego przypadku № 15 opisał Havillard u chłopca 5 $\frac{1}{2}$ letniego; choroba rozpoczęła się bólami w kolanach i obrzmieniem tyche, później wystąpiły wybroczyny krwawe na skórze. 9-go dnia choroby przyszły mocne bóle w brzuchu, a 11-go dnia wymioty kałowe. Dokonana operacja wykazała wgłobienie jelit.

Vierhoff opisał przypadek, w którym podczas trwającego wglębienia wystąpiły wybroczyny krwawe na skórze.

Tonking u 5¹/₂ letniego chłopca widział następujący obraz: bóle głowy, wymioty, gorączka, później wystąpił obrzęk skóry moszny, obrzmienie stawów i wybroczyny krwawe na skórze. 16-go dnia choroby przysły wymioty, przyczem wystąpiły napadowe bóle brzucha, a ponad pępkiem udało się wyczuć pewien opór. Operacja wykazała wglębienie krętnicze (inv. enterica), odpochwienie. Wyzdrowienie.

Zupełnie podobny do mojego przypadku № 32 opisał Pykus. 4 letnia dziewczynka dostała bólów w brzuchu i wysypki, podobnej do pokrzywki, wymiotów nie było. Brzuch nieco wrażliwy na dotyk, guz nie wyczuwa się, stolec z domieszką krwi. Podczas operacji znaleziono dolną część jelita krętego zgrubiałą, obrzękłą, bardzo ściśle odgranieczoną od jelita zdrowego, odnośna krezka również zgrubiała, obrzękła, wynaczyńień do światła jelita nie było. Pętla zupełnie robiła wrażenie świeżo odpochwionej.



Wobec całego szeregu zupełnie jednakowych objawów, spotykanych w plamicy Henocha i we wglębieniach, w praktyce napotykamy nieraz duże trudności w rozpoznaniu wglębienia na tle plamicy.

Nadmienić należy, że w tych właśnie wątpliwych przypadkach nawet próbne cięcie brzucha do zupełnie bezkarnych zabiegów zaliczane być nie może wobec obawy krwawienia z rany operacyjnej, jak to spostrzegał Sutherland.

Wyczuwanie swoistego walcowatego guza, objaw bezwzględnie decydujący rozpoznanie nasze w zwykłym wglębieniu, przy jednoczesnej purpura nie posiada tej wartości rozpoznawczej. Krwawienie bowiem do światła jelita może nam dać również obraz guza. Adams podkreśla, że tylko kurczenie się guza przemawia stanowczo na korzyść wglębienia. Jest to objaw niewątpliwie rozstrzygający, lecz — niestety, jak to widzimy z moich zestawień — wogóle bardzo rzadki.

Według Halla, zjawienie się wymiotów kałowych również bezwzględnie przemawia na rzecz wglębienia. O tym objawie

również możemy powiedzieć to samo, co i o poprzednim, że we wgłobieniach wogóle wymioty kałowe spotykamy b. rzadko. W każdym razie — objawy te, o ile są, śmiało pozwalają rozpoznać wPOCHWIENIE, brak ich wszakże przeciw wgłobieniu nie przemawia.

I. Leczenie.

Leczenie wgłobień, zarówno jak wogóle wszystkich postaci niedrożności jelit, w ostatnich czasach zupełnie wysunęło się z rąk medycyny wewnętrznej i całkowicie przeszło do terenu działalności chirurgii. Zachowawcze leczenie wgłobień w 80-ch a nawet 90-ch latach ubiegłego stulecia znajduje usprawiedliwienie w niezbyt zachęcających wynikach ówczesnej chirurgii. Najwymowniej o tem mówi statystyka Brauna, pochodząca z roku 1885: z 51 cięć brzucha, z powodu wgłobienia wykonanych, otrzymano 11 wyzdrowień, czyli blisko 80% śmierci. Wyzdrowienie osiągnięto tylko w przypadkach, w których powiodło się odPOCHWIENIE, we wszystkich zaś przypadkach wycięcia jelit nastąpiło zejście śmiertelne.

Nie wchodząc w bliższe szczegóły niekrwawych metod: wlewanie wody lub oliwy przez odbytnicę, mięsienie guza, wdmuchiwanie powietrza — co było znane jeszcze Hippokratesowi — ograniczę się tylko do krótkiej oceny. Są one wszystkie bezcelowe i bardzo niebezpieczne. Można sobie jeszcze wytłumaczyć odPOCHWIENIE wPOCHWIENIACH okrężniczych za pomocą wlewań, lecz w żadnym razie nie może tą metodą powstać odPOCHWIENIE wgłobień krętniczych. Co się zaś tyczy odPOCHWIENIA wgłobień, w okolicy kątnicy powstałych, jeżeli sobie uprzytomnimy zmiany, jakie w znacznej większości przypadków spotykamy w samej kątnicy i nieraz niezwykle trudności przy odPOCHWIENIU krwawą metodą, mając jelito w ręku pod kontrolą wzroku — zdaje się, że nie możemy ludzi się możliwością odgłobienia metodami niekrwawymi.

Metody niekrwawe są niebezpieczne, ponieważ nie możemy nigdy wiedzieć, w jakim stanie znajduje się jelito wPOCHWIENIE, które pod wpływem ciśnienia słupa wody może być przerwane, zwłaszcza w szyi wgłobienia, bądź odPOCHWIENIU

może uleść jelito, będące w stanie zgorzeli, za czem idzie za każenie otrzewnej ze wszystkimi fatalnymi następstwami. Manipulując po ciemku, nigdy nie jesteśmy pewni, czyśmy dokonali odpochwienia całkowicie, a następnie—nic uczynić nie możemy dla zapobieżenia nawrotom choroby.

Z drugiej zaś strony dziś wiemy, że operację prędko i wprawnie wykonaną doskonale znoszą nawet małe dzieci. Jeżeli operujemy w okresie wczesnym, mamy dużo szans na możliwość wykonania krwawego odpochwienia, a w razie potrzeby wykonania wycięcia jelit, również mamy więcej szans na pomyślne zejście, operując chorego jeszcze nie wyczerpanego bezowocnymi próbami niekrwawego odpochwienia.

Słuszne zupełnie jest zdanie Kredela, który mówi: chorych na wglębienie, zwłaszcza małe dzieci, operować należy jak najwcześniej, gdzie bowiem życie liczy się na miesiące, terminem, określającym czas przystąpienia do operacji, powinny być nie dnie, lecz godziny. Praktycznie biorąc, operacja powinna być dokonana w ciągu pierwszych 24 godzin. W przypadkach przewlekłych—im wcześniej, tem lepiej—czyli z chwilą rozpoznania choroby, a nawet w razie podejrzenia na wglębienie

Jakie mamy metody operacyjne po otwarciu jamy brzusznej?

1. Desinvaginatio — odpochwienie. Jest to zabieg najłagodniejszy — niestety, nie zawsze dający się wykonać.

Bezwzględny przeciwwskazaniem do próbowania odpochwienia są poważne zmiany w jelicie wPOCHWIAJĄCEM, jak również w szyi wglębienia — zmiany, grożące przy najślabszym ucisku pęknięciem i wylaniem się zawartości jelit, nieraz bardzo złośliwej, do wolnej jamy otrzewnej.

We wszystkich moich przypadkach stosowałem jedną tylko metodę wyciskania. Metodę tę wybornie opisał Hutschinson w roku 1874: „nie wolno pociągać za jelito wglębione, należy atakować nie szyję, lecz szczyt wPOCHWIENTA i ostrożnem lecz stałem wyciskaniem, od szczytu począwszy, posuwać się należy w kierunku szyi“. Jest to metoda, że tak powiem, fizyologiczna, gdyż zmuszamy jelito wPOCHWIONE do przejścia tej samej drogi, tylko w kierunku odwrotnym, jaka miała miejsce przy powstaniu wglębienia. Tym sposobem najpierw odpo-

chwiamy ostatnio wgłobione jelito, wgłobiony zaś w samym początku odcinek odpochwia się na samym końcu. Sam proces odgłobienia ma miejsce przy połączeniu cylindra zewnętrznego ze średnim. Przy pociąganiu natomiast za jelito wgłobione atakujemy cylinder wewnętrzny, za pomocą zaś tegoż — miejsce połączenia cylindra wewnętrznego ze średnim, czyli siłę naszą skierowujemy na miejsce, które pierwsze zostało wpochwione, a zatem podległo najpoważniejszym zmianom chorobowym. Nie dość na tem, pociągając za cylinder wewnętrzny nie odwijamy go (zwłaszcza przy istniejących chociażby słabych zrostach), lecz ściągamy en masse w stronę szyi i tym sposobem wprost unie możliwiamy odpochwienie.

Hutchinson radzi stosować swoją metodę — wyciskanie — ostrożnie; zapewne, lecz nie należy zbyt obawiać się użycia dość dużej siły, naturalnie przy ścisłym kontrolowaniu wywijającego się wpochwionego jelita. Mam na myśli wgłobienie kątnicze, ponieważ z takimi przeważnie spotykałem się. Osobiście stosuję dość dużą siłę, i nieraz spotykałem na jelicie wpochwiającem spore pęknięcia, sięgające nieraz do warstwy mięśniowej. O ile te pęknięcia otrzewnej były rozległe, nakładałem szwy, małe pęknięcia pozostawiałem bez zespolenia. Collinson, który we wszystkich świeżych wpochwieniach radzi stosować odgłabianie nawet z dużą siłą, na pęknięcia powstałe nie zwraca żadnej uwagi. Autor ten opisuje 19 przypadków, w jednym z nich udało się mu odpochwic po zastosowaniu dużej siły, przypadek zakończył się pomyślnie, przy czem przyznaje, że dawniej w podobnym przypadku napewno dokonałby wycięcia.

Jak przedstawia się liczbowo sprawa pomyślnych odgłobień w naszych przypadkach?

Zawdzięczając temu, że mieliśmy do czynienia z wgłobieniem przeważnie u dorosłych, a mało przypadków u dzieci, spotykamy przewagę znaczną postaci przewlekłych, pomimo to widzimy dużą odsetkę całkowitego odpochwienia. Z pośród 34 przypadków (№ 1 i № 32 wyłączam) widzimy całkowite odpochwienie w 23, co stanowi 67,64%. Co zestawivszy ze statystyką Brauna i Rydygiera, otrzymamy:

u Brauna	na 61	wgłobień	—	odpochwień	44,26%
u Rydygiera	„ 66	„	—	„	36,40%
u nas	„ 34	„	—	„	67,64%

Nader zajmująco przedstawia się nam liczba pomyślnych całkowitych odpochwień w inv. coeco-colica.

Liczbę przypadków znajdziemy, jeżeli od № 10 (pierwsze dokładne spostrzeżenie inversionis coeci) począwszy, odrzucimy przypadki № 14, 27, 33 — ze względu na zmiany zgorzelinowe w jelicie, nie pozwalające na próbowanie odgłobienia — otrzymamy liczbę 21.

Inv. coeco-colicae 21	}	a) pierwotnych 16
		b) wtórnych 5.

W grupie a otrzymaliśmy 15 całkowitych odpochwień, co stanowi odsetkę 93,75. W grupie b otrzymaliśmy we wszystkich przypadkach odgłobienie invaginationis coeco-colicae. Co się zaś tyczy odpochwienia inv. ileo-colicae (pierwotnego), to zostało ono uwieńczone wynikiem dodatnim w 3 przypadkach, ujemnym w—2.

Razem w 21 przypadkach inv. coeco-colicae otrzymaliśmy odpochwień 20, co stanowi 95%. Liczba ta przedstawia się imponująco dużą, pomimo tego, żeśmy mieli przypadki wgłobienia, trwającego nawet po 8 tygodni.

Na łatwość lub też niemożność odpochwienia wpływa nader poważnie rodzaj wgłobienia. Jako stałą zasadę uznać należy, że wgłobienia okrężnicze, zwłaszcza kątniczookrężnicze znakomicie nadają się do odpochwienia za pomocą stosowania jedynie słusznej metody Hutchinsona, przytem niezbyt nieśmiało. We wgłobieniach zaś jelit cienkich (inv. entericae) zmiany w krążeniu i odżywianiu tkanek występują tak prędko, że nawet we względnie świeżych przypadkach odpochwienie miejsca mieć nie może bez narażania życia chorego.

Trudno wykazać liczbę wyzdrowień po dokonanych odpochwieniach, ponieważ we wszystkich prawie przypadkach po odgłobieniu wykonano zabiegi doszczętne, na których karb i należy odnieść niektóre niekorzystne zejścia.

O ile całkowite odpochwienie napotyka zbyt duże trudności, należy w każdym razie odpochwic jak najdalej, ażeby w razie konieczności wycięcia poświęcać jak najmniejsze odcinki jelit.

Po dokonaniem odpochwienia należy dokładnie zbadać stan jelita odgłobionego, i w razie poważnych zmian, bądź nawet stanu podejrzanego, należy chore jelito wyciąć w częściach zdrowych. Przyczem wycięcie może być dokonane doraźnie, lub

też, w razie ciężkiego stanu pacyenta, na drugim posiedzeniu, jak to radzi Mikulicz we wszelkich wycięciach okrężnicy.

Omawiając sprawę odpochwiania jelit, wspomnieć należy o pewnym powikłaniu, wprowadzie dość rzadko spotykanem. Mam na myśli podniesienie ciepłoty w ciągu pierwszych kilku dni po operacji odpochwiania, jak to miało miejsce w moim przypadku № 5.

Powyżej wspomniane powikłanie spotkał Matti w dwóch przypadkach, przyczem w jednym z nich ciepłota doszła do 41° , czemu towarzyszyły drgawki i objawy zakażenia; na trzeci dzień po operacji dziecko zmarło. Badanie pośmiertne wykazało w okolicy szczytu byłego wgłobienia (esicy do prostonicy) częściową zgorzel śluzówki jelita, miejsce to niewątpliwie było punktem wyjścia zakażenia.

Ucisk na naczynia krezki jelita wpochwionego wywołuje zaburzenia w krążeniu krwi w naczyniach śluzówki odnośnego odcinka jelit, w następstwie czego otrzymamy obrzęknięcia śluzówki, wybroczyny krwawe, odwarstwienie nabłonka, nieraz — plamy zgorzelinowe, idące od śluzówki w głąb ściany jelita. Zmiany te, uszkadzając całość śluzówki, ułatwiają drobnoustrojom i ich toksynom przedostawanie się do naczyń chłonnych ścian jelita i przepelniają je. W chwili powstania prawidłowego krążenia w naczyniach po dokonaniem odpochwieniu, drobnoustroje i ich toksyny zostają porwane potokiem krwi i roznoszone po całym ustroju, a wtedy otrzymujemy obraz zakażenia o rozmaitem natężeniu, w zależności od warunków przypadku. Tak tłumaczy Matti wyżej wspomniane zwiększenie się ciepłoty ciała.

II. Całkowite wycięcie zagłoby (Resectio totalis).

W razie niemożności odpochwiania wykonać należy całkowite wycięcie zagłoby. Jest to metoda teoretycznie najsluszniejsza, tym bowiem zabiegiem usuwamy odrazu całe cierpienie, gdyż usuwamy wpochwione jelita wraz z zawartością bardzo septyczną, wytwarzamy zupełną ciągłość przewodu pokarmowego, unikamy wszelkich następnych zwężeń; a co najważ-

niejsza—zabieg ten za doszczętny uważać należy, ponieważ za-
pobiega on nawrotom wPOCHWIEŃIA.

Wskazania :

1. Poważne zmiany w jelicie wPOCHWIAJĄCEM i w szyi.
2. Złośliwy nowotwór, jako przyczyna wgłobienia.

Przeciwwskazania :

1. Lichy stan ogólny pacjenta.
2. Obszerne zrosty, nie dające możliwości wydobycia zagłoby nazewnątrz.
3. Umiejscowienie wgłobienia, a mianowicie — formy wPOCHWIEŃIA, do życi sięgające.

Pozatem liczyć się nam wypada z długością usuwanego odcinka jelit.

Doświadczenia Senna, Trzebickiego, Kukuli i innych dowiodły, że u zwierząt można bezkarnie usunąć połowę jelit cienkich. U człowieka długość jelit cienkich podlega dość dużym wahaniom: podług Trevesa, dochodzi do 6,75 metra, Cruveillier opisał przypadek, gdzie długość wynosiła zaledwie 2,56 metra. Znane są przypadki, gdzie wycięto nawet 3,30 metra (Eiselsberg) bez żadnych zaburzeń w odżywianiu chorego. W każdym razie pamiętać należy, że dla chirurga ważną sprawą jest nie długość wyciętego kawałka, lecz długość pozostałego jelita cienkiego, a o tem napewno nigdy nie wiemy. Dlatego, właśnie, należy unikać zbyt rozległych wycięć. Po dużych wycięciach okrężnicy otrzymujemy uciążliwe powikłanie: wydzielanie się stale płynnego kału przez pewien, nieraz dość długi, okres czasu. Tandberg po wycięciu 93 cm. jelit u dziecka 6 letniego, widział w ciągu 3¹/₂ miesięcy trwające rozwolnienie. Po upływie tego czasu rozwolnienie ustało.

Najlepiej nadaje się stosowanie całkowitego wycięcia przy niewielkich ruchomych wgłobieniach, jako to: wgłobienie krętnicze i wogóle jelit cienkich (invaginationes entericae) a także krętniczokątnicze (podług mojego mianownictwa).

III. Wycięcie jelita wPOCHWIONEGO (Resectio invaginati).

Zabieg ten, współzawodniczący z całkowitem wycięciem za-
głoby, był pomyślany i wykonany prawie jednocześnie i zupeł-
nie samoistnie w Anglii, Niemczech i w Warszawie.

Pierwszą myśl wycięcia jelita wPOCHWIONEGO powziął Bar-
ker jeszcze w roku 1887, o czym zakomunikował podczas dys-
kusji nad leczeniem chirurgicznym wgłobień na posiedzeniu To-
warzystwa medyko-chirurgicznego w Londynie, wykonał zaś tę
operację dopiero w 5 lat później, a zatem w roku 1892. Nie-
zależnie od Barkera metodę zupełnie podobną w swoich wy-
kładach o niedrożności jelit w latach 1889 i 1890 podał Jesset.

W Niemczech zupełnie niezależnie pierwszy König wyko-
nał ten zabieg w r. 1887 a opisał w r. 1890. U nas w r. 1889
podobną operację wykonał Rosenthal. W Anglii metoda ta nosi
nazwę operacji Barkera, a w Niemczech—Rydygiera, ponieważ
na zjeździe chirurgów niemieckich w r. 1895 Rydygier bardzo
dokładnie opisał wszystkie momenty operacyjne i gorąco ją po-
lecał. A mianowicie:

1. Cięcie brzucha środkowe, odszukanie wgłobienia, wy-
łonienie go nazewnątrz.

2. Szew ciągły Lemberta naokoło szyi wgłobienia. Jeżeli
na szyi są miejsca zgorzelinowe, lub tylko podejrzane, należy
przed nałożeniem szwu na szyję wgłobić jelito jeszcze dalej,
aby tym sposobem operować na tkankach zupełnie zdrowych.

3. Podłużne przecięcie jelita wPOCHWIAJĄCEGO na stronie
wypukłej, dość długie, ażeby mieć możność wyciągnąć przez nie
jelito wPOCHWIONE nazewnątrz.

4. Przecięcie jelita wPOCHWIONEGO blisko szyi na przestrze-
ni $\frac{2}{3}$ obwodu, rozpoczynając od strony wypukłej. Przez tak
powstały otwór wprowadzamy palec dla przekonania się o droż-
ności szyi, jak również dla uniknięcia zbyt głębokiego nałożenia
poniżej opisanego szwu.

5. Nałożenie czterech szwów, chwytających wszystkie war-
stwy, przez oba cylindry jelita wPOCHWIONEGO (średni i we-
wnętrzny) poprzecznie do osi jelita. Pierwszy szew u góry, dwa

szwy po obu stronach, czwarty zaś u dołu w taki sposób, ażeby on zacisnął znajdującą się w tem miejscu wciągniętą i sfałdowaną kreskę, służąc jej jednocześnie za podwiązkę.

6. Odcięcie przed ligaturą jelita wglębionego (invaginatum) i usunięcie takowego nazewnątrz. Jeżeli odcięte jelito wglębione, co się rzadko zdarza, nie daje się wyciągnąć nazewnątrz, to pozostawiamy je na miejscu, licząc na to, że później ze stolcem odejść ono powinno. Zupełnie taką samą myśl w swoim czasie rzucił Jesset i Matlakowski w przypadku Leszczyńskiego.

7. Podłużne cięcie w jelicie wPOCHWIAJĄCEM zeszywamy zwykłym szwem Czerny'ego. Jeżeli wskutek nadmiernego obrzęku tkanek nałożenie tego szwu przedstawia jakie bądź trudności, wtedy cięcie podłużne zespalamy poprzecznie podług Heinecke-Mikulicza, co się zwykle łatwo udać powinno.

Jako zalety tej metody Rydygier podaje:

1. Poświęca się mały odcinek jelit.
2. Podwiązanie kreski jest bardzo łatwe.
3. Możliwość względnie prędkiego wykonania operacji.

Łejars proponuje jeszcze obszycie szwem ciągłym kikuta jelita wPOCHWIONEGO. Nie wiedząc o tem, zupełnie tak samo zrobiłem w moim przypadku № 14.

Jako zasadnicze przeciwwskazanie do tego zabiegu uważać należy zmiany w jelicie wPOCHWIAJĄCEM i w szyi wglębienia.

W Warszawie o rok wcześniej przed Barkerem operacji wycięcia jelita wglębionego dokonał Jakób Rosenthal u chorej 35 letniej. Chora przed 6 tygodniami spostrzegła guz w okolicy pępkowej, który powiększał się i sprawiał mocne bóle, wypóźnienie prawidłowe bez śluzu i krwi. Badanie wykazało obecność guza, poczynającego się pod pępkiem na stronie prawej, i gubiącego się w okolicy podżebrowej lewej; guz ruchomy od dołu ku górze, bolesny przy dotyku, odgłos wypukowy nad nim stłumiony. R. miał na myśli wglębienie, lecz wobec braku śluzowych i krwawych stolców rozpoznał guz sieci i przystąpił do operacji 11 maja 1889 r. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono guz, usadowiony w świetle poprzecznicy; otworzywszy tę ostatnią cięciem podłużnym, wycięto zeń guz, który przy bliższem zbadaniu okazał się być wPOCHWIENIEM jelita krętego do kątnicy i okrężnicy wSTĘPUJĄCEJ, wypicowawszy te

ostatnie do poprzecznicy. Ponieważ skutkiem zrostu błon surowicznych odprowadzić wPOCHWIONE jelita nie dały się, przeto uskuteczcono wycięcie ich, a pozostałą część jelita krętego przszyto szwami węzłkowymi do poprzecznicy. Podłużne cięcie w poprzecznicy zamknięto szwami Lemberta. Chora wyzdrowiała.



Rys. № 5.



Rys. № 6.



Rys. № 7.



Rys. № 8.

Rysunki №№ 5, 6, 7, 8 przedstawiają szematycznie najważniejsze momenty operacji podług Barkera.

Pewną odmianę tej operacji w r. 1895 zaproponował Paul.

A mianowicie: stosuje rurkę aluminiową rozmaitej grubości, zależnie od przypadku, która służy za punkt oparcia dla podwiązki, en masse nałożonej, na jelito wPOCHWIONE i kreskę, a jednocześnie zapewnia drożność jelit.

Momenty operacyjne następujące:

1. Szew okrężny na szyję wgłobienia.
2. Podłużne przecięcie jelita wPOCHWIĄJĄCEGO podług Barkera (nieco mniejsze).
3. Przecięcie warstw jelita wgłobionego.
4. Włożenie rurki aluminiowej do światła tegoż jelita.
5. Nałożenie mocnej podwiązki jedwabnej naokoło int. invaginati i zaciągnięcie na rurce.
6. Odcięcie jelita wPOCHWIONEGO z pozostawieniem tegoż w miejscu i zaszycie jelita wPOCHWIĄJĄCEGO.

Podług Paula — zalety tej metody są następujące:

1. Możliwość znacznie prędszego wykonania operacji.
2. Pewne zabezpieczenie od krwawienia z krezki.
3. Zapewnienie drożności jelit.

Jabym dodał jeszcze: 4) zabezpieczenie od cofnięcia się i rozejścia się jelita wPOCHWIONEGO w miejscu przecięcia.



Rys. № 9.



Rys. № 10.



Rys. № 11.

Rysunki №№ 9, 10 i 11 — uzmysławiają szczegóły odmiany operacji powyższej (podane przez Paula).

Odmiana Délore'a.

Délore proponuje: po przecięciu podłużnym jelita wPOCHWIĄCEGO i wydobyciu nazewnątz jelita wPOCHWIONEGO, złąpać podstawę tego ostatniego uciskadłami Doyena (jednym albo dwoma, zależnie od grubości jelita), odciąć jelito wPOCHWIONE w odległości 2 cm. od zaciskadeł i w tej chwili usunąć z pola operacyjnego. Jako zalety tej metody Délore podaje:

1. Szybkie usunięcie jelita wglóbionego; tym sposobem łatwiej unikamy zakażenia otrzewnej.
2. Unikamy krwawienia, ponieważ pod kontrolą wzroku mamy możliwość dokładnego nałożenia podwiązki na krezkę, znajdującą się pomiędzy wewnętrznym a średnim cylindrem.

Autor nie podnosi jeszcze jednej zalety tej metody, a mianowicie, że uciskadła utrzymują krezkę na miejscu i nie pozwalają jej cofnąć się po przecięciu.

Metoda Barkera, niewątpliwie—doskonale pomyślana, opiera się na idei naśladowania naturalnej sprawy wydzielania się

jelita wPOCHWIONEGO, jak to miewa miejsce w przypadkach wyleczenia samoistnego. Posiada ona jednak, ze wszystkimi opisanymi odmianami, i niebezpieczeństwa tej naturalnej metody, nie usuwa bowiem możliwości powstania zwężenia światła jelit, zwłaszcza w szyi wgłobienia. Zrosty błon surowicznych dwóch cylindrów (wewnętrzny i średni) z wyciągniętą tu kreską odgrywają wybitną rolę, tworzą bowiem bliznę, która, kurcząc się, może wytworzyć okrężne zwężenie światła jelit.

Dla uniknięcia tej ewentualności radzi Maunsell w swojej metodzie, opisaney przez Wiggina, zabieg następujący: przez cięcie podłużne w jelicie wPOCHWIAJĄCEM wydobywszy całe jelito wPOCHWIONE, Maunsell, pociągając za to ostatnie, powiększa wgłobienie aż do ukazania się szyi nazewnątrz; odcina jelito wPOCHWIONE razem z szyją wgłobienia, i na cylindry wewnętrzny i średni nakłada szew okrężny. Zewnętrznych szwów otrzewnowych, jak to radzi Barker, Maunsell nie nakłada. Myśl powiększenia wgłobienia i wycięcia szyi nie jest oryginalna, ponieważ już rok przed tem myśl tę rzucił Rydygier.

Wszystkim wyżej opisanym metodom można zrobić jeden wspólny zarzut: nadržają one niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej wskutek bezpośredniego zetknięcia się jej z septyczną zawartością jelit. Dla uniknięcia tego niebezpieczeństwa Izraël zaproponował nową metodę, którą z powodzeniem stosował dwa razy u dzieci 2 i 7 letnich. Izraël postępuje w sposób następujący: wydobywszy zagłębę z jamy brzusznej, miejsce, w którym ma wykonać przecięcie jelita wPOCHWIAJĄCEGO, zeszywa z otrzewną ścienną, zupełnie jak wytwarzając przetokę kałową, tylko na większej przestrzeni. W ten sposób zamknąwszy wolną jamę otrzewnej, przecina jelito wgłabiające i dalej postępuje podług metody Barkera, a przecięcie w jelicie wPOCHWIAJĄCEM zaszywa. Mała liczba przypadków, tą metodą operowanych, nie pozwala jeszcze robić wniosków ostatecznych o wartości tej metody, teoretycznie zupełnie dobrze pomyslanej.

Dnia 9 maja 1890 roku zupełnie inną, a bardzo pomyslową metodę zastosował Leszczyński u dorosłego mężczyzny chorego od 7 miesięcy, u którego stwierdzono wgłobienie jelit, wypadające na 20 cm. przez odbytnicę. Leszczyński, po otwarciu jamy otrzewnej i wyłonieniu zagłoby nazewnątrz tejże, cięciem poprzecznym przeciął jelito wPOCHWIAJĄCE blisko wrót

wglębienia, i próbował przez otwór ten wyciągnąć jelito wglębione. Gdy jednak, ze względu na nader rozległe wglębienie, rękoczyn ten nie powiódł mu się, wtedy, idąc za radą asystującego przy operacji Matlakowskiego, przewiązał jelito wglębione w dwóch miejscach, i pomiędzy podwiązkaniami przeciął je, wpuszczając dolny koniec odcinka wglębnionego do okrężnicy w nadziei, iż ta część wydzieli się samoistnie przez odbytnicę. Górny koniec jelita wglębnionego, przylegający do pierścienia wglębienia, razem z tym pierścieniem i częścią kiszki grubej z jednej strony i odcinkiem jelita cienkiego z drugiej odciął zupełnie. Następnie, zwężwszy światło pozostałej okrężnicy wstępującej, przyszył do niej dośrodkowy odcinek jelita cienkiego szwem trzypiętrowym jedwabnym. Chory wyzdrowiał.

Z powyższego opisu widzimy, że Leszczyński dokonał właściwie całkowitego wycięcia zagłoby z pewną odmianą, a mianowicie — z pozostawieniem części jelita wglębnionego w kiszce obejmującej, wobec nadmiernej rozległości wglębienia i niemożności wyciągnięcia jelita wpochwionego nazewnątrż przez otwór w jelicie wglębiającem.

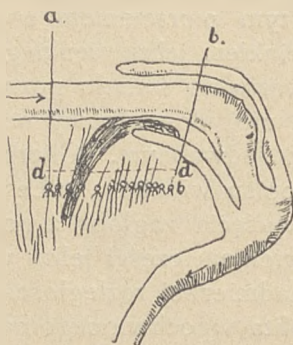
Z powyższego sposobu wypłynęła również pomysłowa a—niestety—mało znana metoda, zastosowana przez Oderfelda. Myśl operacji Oderfeld zapożyczył, jak sam o tem wspomina, od Matlakowskiego, i zanim ją zastosował u chorego, wykonał cały szereg doświadczeń na psach w klinice Kochera w Bernie.

Operację Oderfeld wykonał u chorej 30 letniej w przypadku wglębienia, trwającego od 4 tygodni w r. 1895 po raz pierwszy i metodę nazywa metodą Matlakowskiego. Zdaje mi się, że o wiele słuszniej będzie nazwać metodę tę Matlakowskiego-Oderfelda.

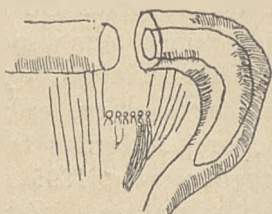
Opis biegu operacji oraz rysunki (№№ 12, 13, 14) pozwolę sobie przedstawić podług oryginału.

„Najprzód nakładamy uciskadło na jelito doprowadzające, na kilka centymetrów przed wejściem jego do jelita odprowadzającego (linia aa), takież uciskadło nakładamy na jelito odprowadzające wraz z zawartem w niem jelim wpochwionem (linia bb). Najlepiej nadaje się do tego uciskadło żołądkowe Kochera lub Doyena. Założywszy uciskadła, podwiązujemy za pomocą igły aneuryzmatycznej kreskę, znajdującą się na jelicie pomiędzy uciskadłami. Szczególną uwagę zwrócić należy na

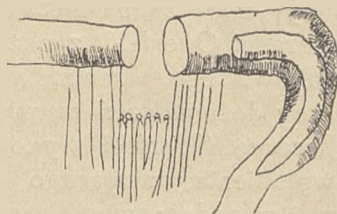
gruby sznurek, znajdujący się u podstawy guza i jakby z niego wychodzący — jest to zbita krezka jelita wPOCHWIONEGO, którą podwiązujemy en masse grubą podwiązką. Podwiązawszy kreskę, odcinamy ją tuż przy ścianie jelita, resp. powyżej podwiązek. Nie pozostaje nam nic innego, jak wycięcie jelita, znajdującego się pomiędzy uciskadłami (aa — bb. Rys. № 12). Wtedy otrzymujemy następujący szemat (Rysunek № 13).



Rys. № 12.



Rys. № 13.



Rys. № 14.

Pozostawiając jelito doprowadzające, zamknięte uciskadłem, do czasu w spokoju, przystępujemy do drugiego aktu operacji t. j. do uwolnienia z ucisku jelita wPOCHWIONEGO. W tym celu asystent utrzymuje koniec jelita, a my ostrożnie i powoli rozluźniamy uciskadło. Wtedy jelito wPOCHWIONE ssuwa się ku dołowi i znika z pola operacyjnego (Rys. 14). Gdyby jelito samo nie zsunęło się, to za pomocą uciskania łatwo możemy jelito wPOCHWIONE posunąć dalej. Następnie pozostawiamy jelito wPOCHWIONE, jak przy operacji Barkera-Rydygiera, własnemu losowi, lub też wyciągamy je przez odbyt. Pozostaje nam tyl-

ko połączyć ze sobą odcinki jelit do — i odprowadzającego“. Oderfeld zespolenia dokonał szwem okrężnym (osiowym). Wobec tego, że mamy do czynienia z okrężnicą, za daleko słuszniejsze uważam połączenie boczne (seid to seid).

Metodę tę, mówi Oderfeld, stosował z pewnemi odmianami za poradą Matlakowskiego — Leszczyński, zdaje się, że stosował ją w pewnej odmianie i Doyen.

Metoda ta, podług Oderfelda, może zawsze zastąpić metodę Barkera, przewyższa zaś ją względnie większem zabezpieczeniem chorego od zakażenia otrzewnej. Odpowiada ona pod każdym względem wszelkim wymaganiom współczesnej chirurgii jelit; można ją wykonać względnie szybko i aseptycznie, o ile wogóle można aseptycznie wykonać wycięcie jelita.

Osobiście nie miałem sposobności wykonania tego zabiegu, gdyż, operując przypadek mój № 14, dokładnie nie miałem w pamięci metody Oderfelda, uważam ją jednak za bardzo słuszną i przy pierwszej sposobności nie omieszkam ją zastosować.

Na tem kończy się szereg zabiegów uzasadnionych w przypadkach wglębień, nie dających się odpochwić. Pozostają nam do omówienia w krótkości metody paliatywne, do jakich, niestety, ze względu na bardzo nieraz ciężki stan chorego i trudności techniczne, uciec się zmuszeni jesteśmy.

Do tych zabiegów należy:

IV. Odbyt sztuczny (anus contra naturam).

V. Zespolenie okólne — enteroanastomosis (Maisoneuve).

VI. Wyłączenie — exclusio.

Wszystkie te metody usuwają niedrożność jelit, objaw zupełnie podrzędnego znaczenia we wglębieniu zarówno ostrem, jak i przewlekłym, nie wpływają natomiast zupełnie na zmniejszenie ucisku na zaciśniętą krezkę i bynajmniej nie wpływają na polepszenie w krążeniu zaciśniętego i zagrożonego jelita, a tym sposobem bezwzględnie racyi bytu nie mają. Stosowane bywają, jako ostateczność, w razie niemożności wykonania jednego ze słusznych zabiegów.

Przy enteroanastomozie zdarzyć się może to, co zdarzyło się Eiselsbergowi, że jelito wPOCHWIONE w kilkanaście dni po zabiegu, opuszczając się coraz niżej, zatkało zupełnie otwór anastomotyczny i chora zmarła. Dla zapobieżenia tej ewentual-

ności Oderfeld radzi przed wykonaniem anastomozy unieruchomić wgłobienie w samej szyi. Mnie zdaje się, że to obszyć będzie zupełnie bezcelowe, gdyż oddzielić się może jelito wPOCHWIONE znacznie poniżej szyi i wywołać niepożądane zatkanie.

Raz byłem zmuszony uciec się do zespolenia okólnego w przypadku № 28 ze względu na niezwykle trudności do wykonania wycięcia. Zabieg ten był wykonany wobec doskonałego stanu jelit, a nie udało się odPOCHWIĆ tylko samo miejsce, gdzie znajdował się guz nie złośliwy w jelicie. Chyba tylko w takim przypadku zespolenie może mieć prawo obywatelstwa i może być uważane, jako zabieg nietylko paliatywny.

Barącz przy wgłobieniu przewlekłem w okolicy kątnicy dokonał zupełnego wyłączenia z zeszyciem na głucho obu końców jelita wyłączonego z zejściem pomyslnem.

Pewną odmianę zespoleń proponuje Kredel. W razie niemożności dokonania odPOCHWIEŃIA u małych dzieci, gdzie szybkość zabiegu i krótkotrwałość uspienia gra bardzo ważną rolę, należy podwiązać kreskę jelita wPOCHWIONEGO, a powyżej szyi wytworzyć przetokę kałową. Dopiero u dzieci powyżej 2 lat uznaje Kredel za możliwe stosowanie zabiegów bardziej złożonych.

Wspomnieć należy o sposobie, zastosowanym przez Mikulicza we wgłobieniu, sięgającym do odbytnicy. Mikulicz ściągnął jelito wPOCHWIONE nazewnąTRZ, odciął je, a następnie zespolił dokładnie dwa cylindry jelita, znajdujące się w kikucie. Przypadek zakończył się wyzdrowieniem. Metoda ta jednak posiada zasadnicze wady:

1. Daje możliwość wycięcia tylko części jelita wPOCHWIONEGO.
2. Nie daje możliwości dojścia do szyi wgłobienia, a — co za tem idzie — wycięcie wykonywamy poniżej szyi wgłobienia.

Niebezpieczeństwo przy wgłobieniu takim grozi choremu nie w odbytnicy, lecz w brzuchu bądź w okolicy szyi wgłobienia, bądź w jelicie wPOCHWIAJĄCEM, a na to metoda Mikulicza jest zupełnie bezradna.

Winzelman w podobnym przypadku wgłobienia, sięgającego do odbytnicy, wykonał operację podług Mikulicza, a w kilka dni później zrobił cięcie brzucha i odPOCHWIŁ pozostałe jelito. — Czego to dowodzi? Że W. rozpoczął od końca, gdyby

był od razu zrobić cięcie brzucha, to z największą pewnością udałoby się mu otrzymać odpochwienie, tembardziej że o kilka dni wcześniej mógł to zrobić.

Zastanowiwszy się nad wszystkim, cośmy powiedzieli o chirurgicznem leczeniu wglóbień, widzimy cały szereg najróżnorodniejszych zabiegów, więcej lub mniej słusznych, prostych lub powikłanych. Wybór tej lub innej metody nie zawsze bywa łatwy, zależy on od bardzo wielu okoliczności: od indywidualności każdego przypadku w zależności od rodzaju wglóbień, ruchomości zagłoby (możności lub też niemożności wydobycia nazewnątrz), napotykanym trudności pod postacią zrostów, wreszcie od przyczyn wglóbień (złośliwe nowotwory np. dają inne wskazania, aniżeli wynicowanie wyrostka robaczkowego). Niemalą rolę gra wiek chorego, a także stan ogólny (wyczerpanie, zapaść i t. d.).

Wybór metody często zależy i od indywidualności chirurga, jego szybkiej orientacji, sprawności technicznej, a nieraz od pewnego ryzyka, dążącego do więcej radykalnego zabiegu. Są jednak powszechnie przyjęte zasady, wypływające z pewnych ustalonych poglądów, mniej więcej przytoczonych w opisie metod stosowanych, nie będę przeto ich powtarzał, ktoby się jednak tą sprawą bliżej interesował, wskazać mu mogą doskonałą pracę Gernerera.

IV. Co należy zrobić dla zapobieżenia nawrotom wglóbień?

Nowsze piśmiennictwo wykazuje nam, że nawroty wpochwienia jelit nie tylko zdarzają się, lecz nawet do zbyt rzadkich nie należą.

Mc Gregor oblicza liczbę spotykanych nawrotów na 17%. Wobec tego metody operacyjne, przez nas stosowane, dążyć powinny nie tylko do doraźnego usunięcia niebezpieczeństwa, grożącego choremu ze strony wglóbień, lecz również powinniśmy chorego naszego zabezpieczyć na przyszłość od ewentualnie możliwego nawrotu tego cierpienia.

Za najszluszniejszą metodę, do tego celu prowadzącą, uważać należy przede wszystkim usunięcie przyczyny, wywołującej

wpochwienie. Niekiedy, aczkolwiek niezbyt często, udaje się odnaleźć przyczynę wpochwień pod postacią polipów, tłuszczaków, mięśniaków, blizn, nowotworów złośliwych (raki, mięsaki) i t. d. Często przyczyną wgłobienia bywa uchyłek Meckela, jak również zmiany anatomiczne i chorobowe w wyrostku robaczkowym. Z tej to racji Jalaguier radzi zawsze usuwać wyrostek, co też osobiście prawie zawsze po odpochwieniu jelit robię.

W znacznej większości przypadków przyczyny wgłobienia odnaleźć nie możemy, a wtedy dla zapobieżenia nawrotom większość chirurgów zwraca się ku krezce. Przy wspólnej bowiem krezce dla jelita krętego (dolnego odcinka) i kątnicy, ta ostatnia, jak również początkowa część okrężnicy wstępującej, posiadają nadmierną ruchomość, co w pewnych warunkach daje możliwość tworzenia się wpochwień.

Senn proponował skrócenie krezki, fałdując ją szwami, idącymi równoległe do osi jelita.

Coffey nakłada szwy na kreskę prostopadle do osi jelita, chwytając jednocześnie otrzewną jelita krętego, i fałduje tym sposobem kreskę.

Mc Gregor robi fałdę w krezce w kierunku, równoległym do osi jelita, i umocowuje ją szwami Lemberta. Przyczem w miejscu, odpowiadającym szczytowi wpochwienia, fałdę robi szerszą, a zwęża ją w obie strony.

Rydygier paroma szwami umocował kreskę jelita krętego do otrzewnej ściennej, lecz później sam wypowiedział się przeciw tej metodzie.

Riedel przytwierdza dolną część jelita krętego do otrzewnej.

Ray przyszywa kreskę wyrostka robaczkowego do otrzewnej ściennej.

Körte umocował jelito kręte do otrzewnej ściennej, lub też jelito kręte i kątnicę.

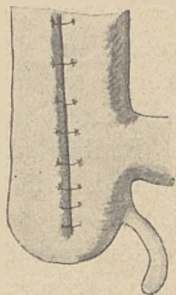
Następnie cały szereg autorów: Roser, v. Eiselsberg, Ludloff, Szczypiorski, Mc Gregor, Körte, Rydygier i inni — przyszywają kątnicę do przedniej otrzewnej ściennej.

Toeplitz przyszywa jelito kręte do kątnicy.

Osobiście przyszywałem jelito kręte do wstępnicy i nazwałem tę operację — ileocolopexis.

Zupełnie tak samo postępuje Delore: umocowuje jelito kręte do wstępnicy na przestrzeni 10 cm.

We Francji stosowana jest powszechnie metoda Piotra Delbeta, polegająca na tak zwanej kolumnizacji (Rysunki №№ 15, 16).



Rys. № 15.



Rys. № 16.

Delbet nakłada cały szereg szwów (do 10) otrzewnowych wzdłuż kątnicy i wstępnicy, zwężających ich światło za pomocą zagłębienia taśmy podłużnej przedniej (*stria longitudinalis anterior*). Tym sposobem wytwarza się słup (*le pilastre*), stanowiący poważną przeszkodę w kątnicy do wycisnienia dna tejże. Zupełnie tak samo postępuje Jalaguier i Eve. Podobną operację wykonał Passagi, który po odpochwieniu wgłobienia krętniczokątniczego otrzymał głębokie pęknięcie warstwy mięśniowej kątnicy i wstępnicy, wtedy zrobił sfałdowanie za pomocą dwóch rzędów ciągłych szwów w kierunku podłużnym.

Najdoszczętniej postępuje Eiselsberg, odrzucając zupełnie umocowanie kątnicy, jako zabieg nie zabezpieczający od nawrotów; doradza on zupełne wycięcie całego kąta krętniczokątniczego.

* * *

Wszystkie te sposoby, w których przyszywamy krezkę do otrzewnej, jak również wszelkie skrócanie lub zwężanie krezki, a raczej wszystkie zabiegi, na krezce dokonywane, należy zasadniczo uznać za nieuzasadnione i niebezpieczne, wskutek nich bowiem możemy łatwo ucisnąć naczynie kwionośne i w następstwie otrzymać zgorzel jelita.

Umocowanie jelita krętego do otrzewnej ściennej uważam również za niebezpieczne ze względu na możliwość powstania niedrożności jelit.

W pierwszych moich przypadkach, opierając się na powszechnem mniemaniu, że wszystkie wgłobienia, daleko posuwające się — a z takimi miałem do czynienia, są to wPOCHWIE-
nia krętniczokątnicze i krętniczookrężnicze — uważałem za najwłaściwszą metodę, zapobiegającą nawrotom, umocowanie jelita krętego do okrężnicy wstępującej kilkoma szwami otrzewnowymi. Zdawało mi się, że tym sposobem ani jelito kręte nie będzie mogło wypaść przez zastawkę Bauhina do okrężnicy, ani też sam otwór krętniczokątniczy nie będzie mógł wejść do światła okrężnicy i posuwać się dalej. W przypadku jednak № 10, gdzie nie tylko wyraźnie spostrzegłem wynicowanie kątnicy przodujące we wgłobieniu, lecz łatwość wynicowywania się tejże po drażnieniu, słuszniejszym zabiegiem, chroniącym od nawrotów, wydało mi się umocowanie dna kątnicy kilkoma szwami do otrzewnej ściennej (coeco-pexis).

Jakież było moje zdziwienie, kiedy w przypadku № 12 spostrzegłem nawrót wgłobienia w $\frac{1}{2}$ roku po pierwszej operacji! Zacząłem wtedy zastanawiać się, co należy zrobić, o ile ten chory zgodzi się na powtórny zabieg, i stanąłem na projekcie wykonania bocznego zespolenia jelita krętego z okrężnicą. Chory mój, straciwszy zaufanie do mnie, a co najgorsza — kilka dni czasu, wyjechał do Warszawy. Ja zaś szczególnym zbiegiem okoliczności w tym samym dniu, kiedy mój pacjent był operowany w Warszawie przez Korzeniowskiego, miałem możność w nowym przypadku wgłobienia kątniczookrężniczego po raz pierwszy wykonać uplanowaną wyżej podaną operację. Zbyt mała liczba tą metodą operowanych przypadków nie może nic powiedzieć ani na korzyść, ani przeciw tej metodzie. W każdym razie — powstaje pytanie, dlaczego ten zabieg ma zapobiegać nawrotom. Odpowiedź — ponieważ, wyłączając częściowo kątnicę, skierowuje ruch robaczkowy jelit w inną stronę, wiadomo bowiem, że ów ruch robaczkowy w pewnych, niezupełnie nam znanych, warunkach jest właściwie tym momentem, powodującym wgłobienie.

Oprócz moich przypadków, zespolenie jelita krętego z okrę-

żnicą we wgłobieniu, jako zabieg doszczętny, było zastosowane w jednym przypadku w klinice krakowskiej przez Radlińskiego.

Zarzut, jaki zrobić możemy proponowanej i wykonywanej przezemnie operacji, jest ten, że, otwierając światło jelit, stwarzamy drogę do powstania zakażenia otrzewnej, jak to miało miejsce w moim przypadku № 20. Okoliczność ta osłabiła mój zapał do zespolenia, tak iż w następnych przypadkach zwróciłem się do kolumnizacji Delbeta.

Zastanawiając się bliżej nad metodami doszczętnego leczenia wgłobień i wyborem metody doszczętniej możliwie prostej i najmniej niebezpiecznej dla chorego, stanąłem na metodzie, polegającej na dokładnem umocowaniu kątnicy i dolnego odcinka wstępnicy do otrzewnej tylnobocznej ściany brzusznej kilkoma rzędami szwów (Przyp. № 35); tym sposobem stwarzamy warunki, zupełnie zbliżone do normalnego stanu tych narządów.

Wspomnieć jeszcze należy o oryginalnym zabiegu Keetleya, polegającym na zrobieniu apendikostomii po dokonaniem odpochwieniu. *).

Bezwzględnie doszczętnym zabiegiem we wgłobieniach wszelkich odmian pozostanie zawsze całkowite wycięcie. Zabieg to ciężki, i nie zawsze wykonalny ze względu na stan chorego.

Nie wchodząc w szczegóły techniczne wycięcia jelit cienkich i okrężnicy, jako rzeczy powszechnie znanej, pozwolę sobie jednak słów parę poświęcić wycięciu kątnicy i całego kąta krętniczokątniczego ze względu na niektóre specjalne warunki anatomiczne tej okolicy, oraz ze względu na liczebną przewagę wgłobień kątnicznych.

Względną trudność w wycięciu kątnicy stanowi jej nieruchomość, z czem spotykamy się, wycinając kątnicę, dotkniętą gruźlicą lub też nowotworem złośliwym.

W tych właśnie przypadkach za najlepszą uważam meto-

*) Ponieważ we wgłobieniach, w okolicy kątnicy powstających, widzimy zupełnie ruchomą kątnicę (coecum mobile), nie bezzasadną byłaby metoda w tem ostatniem cierpieniu, zaproponowana przez Wilmsa: umocowanie pozaotrzewnowe całego dna kątnicy.

dę Kadera, stosowaną w klinice krakowskiej, metodę — składającą się z momentów następujących:

1. Cięcie powłok pionowe wzdłuż zewnętrznego brzegu prawego mięśnia prostego brzucha (*incisio pararectalis*), ramię zaś poziome, dodawane w razie potrzeby, idzie ku zewnątrz od pionowego mniej więcej w środku rzutowej pionowej odległości między pępkiem a kolcem przednim górnym kości biodrowej. Cięcie poprzeczne Kader prowadzi ku tyłowi tak daleko, że przez tylny koniec cięcia łatwo wypuszcza sączi z gazy, włożone do dołu biodrowego po dokonanej operacji.

2. Wzdłuż brzegu zewnętrznego kątnicy i wstępnicy Kader robi powierzchowne nacięcie, i w linii tego cięcia na tępo wchodzi pod jelito, dostając się tym sposobem do warstwy beznaczyniowej, odpowiadającej sklejeniu się krezki okrężnicy wstępującej z tylną ścianą brzuszłą. W ten sposób uruchomia się wszystko, co ma być usunięte.

3. Podwiązanie krezki jelit, przeznaczonych do usunięcia. Wykonanie zespolenia pomiędzy jelitem krętym a okrężnicą wstępującą, bądź poprzeczną (*ileo-colostomia lateralis*).

4. Odcięcie jelita, przeznaczonego do usunięcia, i zamknięcie kikuta jelita doprowadzającego i odprowadzającego szwem kapiuchowym.

W sprawie nas obecnie interesującej z nieruchomą kątnicą spotykamy się dość rzadko (u mnie jeden tylko raz № 27) we wgłobieniu krętniczookrężniczem według mojej nomenklatury.

W razie ścisłego rozpoznania tego rodzaju wPOCHWIEŃIA możemy zastosować cięcie powłok podług Kadera. Niestety, w znacznej większości przypadków musimy zadowolić się tylko rozpoznaniem ogólnem wgłobienia bez określenia jego postaci, a wtedy najlepszy dostęp otrzymujemy—niewątpliwie—od cięcia środkowego. Przekonawszy się po otwarciu jamy otrzewnej, że mamy do czynienia z kątnicą nieruchomą, i chcąc sobie udostępnić drogę do niej w zamiarze wykonania wycięcia, musimy od cięcia podłużnego dodać jeszcze cięcie poprzeczne. W dalszym ciągu postępujemy podług Kadera, lub też tak, jak to niżej zobaczymy.

W znacznej większości przypadków we wgłobieniach kątnicznych spotykamy się z kątnicą ruchomą, odpada nam przeto

ów względnie niełatwy moment — uruchomienie kątnicy; tu pozostaje nam zupełnie typowa operacja.

Ze względów, poniżej wyłuszczonych, ułożyłem sobie następujący porządek momentów operacyjnych:

1. Wyłonienie nazewnątrz (antepositio) całego kąta krętniczokątniczego.

2. Wykonanie zespolenia pomiędzy jelitem krętym i okrężnicą wstępującą lub poprzeczną w częściach zupełnie zdrowych.

3. Przecięcie jelita krętego i okrężnicy na kilka centymetrów od zespolenia. Obszycie dwoma rzędami szwu kapciuchowego kikutów jelit pozostających.

4. Podwiązanie krezki, oddzielenie i usunięcie kąta krętniczokątniczego.

5. Przesączkowanie jamy brzusznej i zeszytie powłok szwem piętrowym.

Tak przedstawia się bieg operacji jednoczesowej, jeśli jednak stan chorego zmusza nas do przerwania operacji i do zmiany na zabieg wieloczasowy, to przy tym porządku momentów mamy wielką łatwość w każdej niemal chwili zmienić nasz pierwotny plan, mianowicie:

Po momencie 1 — możemy zadowolić się dokonaniem wyłonieniem z dodaniem utworzenia przetoki jelitowej (enterostomia).

Po momencie 2 — ograniczamy nasz zabieg do wykonanego wyłonienia (antepositio), lecz już mamy dokonane zespolenie jelita krętego z okrężnicą, co przedstawia tę wyższość, że nie narażamy chorego na przykre następstwa przetoki kałowej.

Po momencie 3 — mamy już ciągłość przewodu jelitowego, a zamiast wycięcia możemy wykonać tylko wyłączenie podwójne (exclusio bilateralis), pozostawiając jelito w jamie brzusznej. Wyłączenie, oczywiście, miejsce mieć może w warunkach dobrego stanu jelita wyłączonego. Usunięcia zaś jelit dokonać możemy w czasie zupełnie dowolnym.

* * *

Zobaczmy teraz, jakie w naszych przypadkach rękoczynny zostały wykonane:

samoistne odpochwienie (№ 32).	1 raz
krwawe odpochwienie	3 razy
otworzenie ropnia (№ 1)	1 raz
otworzenie otrzewnej (peritonitis)	1 raz

Metody zapobiegawcze, bez otwierania światła jelit zostały zastosowane 13 razy:

Ileocolopexis	6 razy
Coecopexis	3 razy
Columnisatio Delbeta.	3 razy
Immobilisatio coeci et coli ascendentis	1 raz

Metody, polegające na połączeniu światła jelit, stosowaliśmy 6 razy:

Ileostomia	1 raz
Ileocolostomia	4 razy
Colo-colostomia.	1 raz

Wycięcie jelit stosowane było 11 razy:

Resectio invaginati (Barker-Rydygier)	1 raz
„ invaginationis (inv. iliacaе)	2 razy
„ ilei (post desinvaginationem)	1 raz
„ anguli ileo-coecalis cum enterorrhaphia	6 razy
„ anguli ileo-coecalis sine enterorrhaphia	1 raz

* *

Przypadków śmierci mieliśmy 10, co na ogólną liczbę stanowi — 27,77%.

W tej liczbie:

po ileostomii (stan ciężki chorej przed operacją)	1 raz
po ileocolopexis.	1 raz
po ileocolostomii (peritonitis septica post operationem)	1 raz
po resectio ilei (sine enterorrhaphia).	1 raz
„ cum enterorrhaphia	5 razy
po incisio w istniejącem peritonitis	1 raz

Na 11 wycięć otrzymaliśmy 5 zejść śmiertelnych, co stanowi 45,45%.

Wynik wycięć dał nam względnie dużą odsetkę zejść śmiertelnych ze względu na bardzo ciężkie przypadki, w których zabieg ten byliśmy zmuszeni wykonać (patrz N^o.N^o 17, 25, 27, 30 33).

SPOSTRZEŻENIA WŁASNE.

Przypadek 1.

Jan S., 23 lat, zachorował nagle: dostał gwałtownych boleści w dolnej części brzucha, i wymiotów. Przez pierwsze 4 dni choroby zupełne zaparcie stolca. Piątego dnia dęcie i stolec z domieszką krwi, wymioty ciągłe, czkawka.

Przybył do szpitala Ś-go Wincentego 8 stycznia 1898 r., w trzy tygodnie od początku choroby. Osobnik średniej budowy, mocno wycieńczony; twarz blada, oczy wpadnięte. Język białobłożony wilgotny. Ciężota 38,4^o, tętno 108. Brzuch mało wzdęty, największa bolesność w lewym podżebrzu, gdzie wyczuwa się guz podłużny, walcowaty, ruchomy. Ruch robaczkowy jelit nie wzmożony, w odbytnicy guz nie wyczuwa się. Rozpoznano wglębienie i zaproponowano choremu operację, na którą on nie zgodził się. Czwartego dnia po przybyciu do szpitala chory oddał w ciągu paru godzin około litra płynnego, nader cuchnącego kału, zawierającego śluz, ropę, ślady krwi i dużą ilość strzępów obumarłych tkanek. Od tego czasu stan chorego zaczął poprawiać się. W trzy miesiące później wytworzył się w okolicy pępka niewielki ropień, po którego przecięciu (Majewski) wyszło sporo zielonkawoszarej ropy z zapachem kałowym. Późem pacjent wyzdrowiał zupełnie.

Przypadek 2.

Franciszka G., lat 36, zachorowała przed 10 dniami nagle: gwałtowne bóle w brzuchu, częste wymioty, również częste stolce śluzowe bez domieszki krwi, bez dęcia.

Przybyła do szpitala Ś-go Wincentego 23 stycznia 1899 r., gdzie znaleziono guz walcowaty w lewym podżebrzu, rozpoznano wglębienie. Na zaproponowany zabieg chora nie zgodziła się, i wyszła ze szpitala.

D. 23 maja przybyła powtórnie, skarżąc się na mocne napadowe bóle w brzuchu, ciągłe dęcia, częste śluzowokrwawe stolce i ogólne osłabienie.

Znaleziono: brzuch wzdęty, pojedyncze pętle jelit zarysowują się wyraźnie; w brzuchu wyczuwa się guz walcowaty, który, rozpoczynając się w prawym dole biodrowym, idzie ku górze, potem ponad pępkiem poprzecznie, przerywa się w okolicy zagięcia śledzionowego okrężnicy, znów wyraźnie występuje na stronie lewej i ginie w miednicy. Badanie przez odbytnicę daje charakterystyczny obraz wgłobienia, dochodzącego do otworu stolcowego.

W uśpieniu chloroformowem dokonano operacji (Dobrucki), potwierdziła ona rozpoznanie. Odpochwienie powiodło się tylko częściowo do połowy poprzecznicy. Wobec lichego stanu chorej musiano ograniczyć się do wykonania tylko przetoki krętnicznej. Śród zwiększającego się upadku sił chora zmarła w 3 dni po operacji. Badanie zwłok wykazało zgorzel całego jelita wgłobionego.

Przypadek 3.

Mikołaj S., lat 28, nagle dostał gwałtownych boleści w brzuchu z wymiotami i biegunką krwawą. D. 25 czerwca 1902 roku 8-go dnia choroby przybył do szpitala Ś-go Wincentego. Wówczas znaleziono: brzuch mało wzdęty, w prawym podżebrzu wyczuwa się guz, wielkości jaja gęsiego, guz twardy, nieco bolesny na dotyk, łatwo przesuwalny. Rozpoznano — wgłobienie. Na zaproponowany zabieg chory nie zgodził się i wypisał się ze szpitala, zwłaszcza wobec pewnej poprawy po zastosowaniu makowca. Przybył powtórnie 14 lipca. Guz znacznie powiększył się, przybrał kształt walcowaty. Przy obmacywaniu guza występują w nim wzmoczone ruchy robaczkowe (kurczenie się guza).

D. 14 lipca. Dokonano operacji w uśpieniu chloroformowem (Majewski). Wgłobienie sięga do końca poprzecznicy. Łatwe odpochwienie. W kilku miejscach na pękniętą otrzewną jelitową nałożono pojedyncze szwy. Wgłobienie rozpoczynało się w okolicy kątnicy. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Zupełne wyzdrowienie.

Przypadek 4.

G. A., 6 lat, zawsze był zdrow. Przed 6 tygodniami w kilka godzin po zjedzeniu świeżego placka poczuł mocny ból w brzuchu. Od tego czasu bóle napadowe w brzuchu zaczęły powtarzać się w rozmaitych odstępach czasu, coraz częściej, przyczem były częste wymioty i rozwolnienia. Krew w wypróżnieniach pokazała się dopiero w 5-ym tygodniu choroby w postaci żyłek. Ilość krwi zaczęła zwiększać się tak, że w ostatnich czasach stolce składały się z czystej krwi. Natomiast wymioty ustały w piątym tygodniu choroby.

Do szpitala Ś go Wincentego dziecko zostało przywiezione 2 listopada 1902. Ciepłota nie podniesiona, tętno 100, dziecko mizerne, schorowane. Brzuch na dotyk bolesny, najwięcej jednak w lewym podbrzuszu, gdzie wy-

czuwa się guz podłużny, walcowaty, idący z góry ku dołowi; ku linii środkowej ciała jest on wklęsły, natomiast wypukły nazewnątrz, koniec guza ginie w miednicy małej. Badanie przez odbytnicę daje wynik ujemny. Rozpoznano wglóbiecie jelit.

Tego samego dnia operacja w uśpieniu chloroformowem (Dubrucki). Łatwe wytoczenie całej zagłoby nazewnątrz i łatwe odpochwienie za pomocą wyciskania, przyczem na początku wywijala się poprzecznicą, później wstępnicą, skąd wyszło jelito cienkie, na końcu — mocno obrzmiała, zgrubiała kątnica z takimże wyrostkiem robaczkowym. Dla zapobieżenia nawrotom wpochwienia przymocowano dolną część jelita krętego do wstępnicy 4 szwami na przestrzeni 6 centymetrów (Ileocolopexis).

Przebieg pooperacyjny bez powikłań, zupełne wyzdrowienie.

W wykonywaniu powyższej wzmiankowanej operacji baczyć należy, ażeby pętla jelita biodrowego nie była napięta, z obawy wywołania niedrożności jelit.

Przypadek 5.

Szloma K., 17 lat. Zawsze był zdrowy, zachorował nagle po niezręcznym skoku przez płot. Uskarża się na ból w brzuchu, przeważnie na stronie prawej. Bóle od czasu do czasu wzmagają się i przybierają charakter kolki kiszkowej. Wymiotów w samym początku nie było, natomiast pierwszej nocy po zachorowaniu po ławatywie obfity stolec, krwią zabarwiony. Dnia następnego kilka wypróżnień krwawych, czemu towarzyszyło dęcie.

Na trzeci dzień od początku choroby przybył do szpitala Ś-go W. (23 czerwca 1903). Chory dobrej budowy. Ciepłota ciała nie zwiększona, tętno 80. Brzuch nie wzdęty, ruch robaczkowy jelit wzmożony. W okolicach poprzecznicą wyczuwa się guz walcowaty, około 15 cm. mierzący, bolesny na dotyk, wypuk nad nim stłumiony.

Rozpoznano wglóbiecie. Tegoż dnia operacja (Dobrucki). Wglóbiecie, w okolicy kątnicy rozpoczynające się, sięga do poprzecznicą. Łatwe odpochwienie. Umocowanie jelita krętego do wstępnicą (Ileocolopexis).

W przebiegu zaznaczyć należy zwiększoną ciepłotę w ciągu pierwszych 2 dni, do 39,5° sięgającą, przy dobrem tętnie, nie przechodzącą 100 uderzeń na minutę. Pozatem przebieg pooperacyjny bez powikłań, zupełne wyzdrowienie.

Przypadek 6.

Marcin L., 31 lat, zachorował nagle przed 4 tygodniami. Dostał gwałtownych bólów w prawym podżebrzu i krwawych stolców. Chory przybył do szpitala Ś-go W.

Ciepłota nie zwiększona, tętno prawidłowe. Brzuch mało wzdęty, w prawym podżebrzu wyczuwa się guz podłużny, kiełbasowaty, długości około 10 cm., sprężysty, ruchomy, łatwo dający się przesuwac, zwłaszcza na prawo. Pozatem nad więzem Pouparta w prawym dole biodrowym wy-

czuwa się drugi guz, zupełnie bez związku z poprzednim pozostający, twarde, nieruchomy, bolesny na dotyk, wielkości pomarańczy.

Rozpoznano wgłobienie. 15 maja 1903 r. operacja w uśpieniu chloroformowym (Majewski). Łatwe odpochwienie guza górnego, dolny zaś guz okazał się ropniem okołokątnicznym, oddzielonym od wolnej otrzewnej mocnymi zrostami jelit. Do ropnia wprowadzono worek Mikulicza, pozostała ranę zaszyto. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Wyzdrowienie.

Przypadek 7.

Wincenty W., lat 41, zachorował nagle na gwałtowne bóle w brzuchu i wymioty. Na drugi dzień choroby do wymiotów przyłączyła się jeszcze czkawka. Po lawatywie wyszła woda, mocno krwią zabarwiona, a w tem parę kawałków kału.

4-go dnia choroby przybył do szpitala Ś-go Wincentego (3 lipca 1903) gdzie znaleziono: brzuch umiarkowanie wzdęty, głównie w części środkowej, odgłos wypukowy nad spojeniem łonowem stłumiony, pozatem wszędzie dźwięczny. Tętno 120, ciepłota ciała nie zwiększona. Ruch robaczkowy jelit wzmożony.

Wobec podejrzenia na wgłobienie jelit tego samego dnia wykonano operację (Majewski). Po otwarciu jamy brzusznej spostrzeżono nieco na lewo od linii środkowej wgłobienie jelita krętego w kręte (inv. iliaca) na przestrzeni 15 cm. Łatwe wydobycie zagłoby nazewnątrz, po lekkich próbach odpochwienia okazało się, że jelito wpochwione uległo poważnym zmianom, miejscami nawet widać szare plamy, dowodzące początku zgorzeli jelita. Wobec czego zaniechano wszelkich prób odgłobienia, natomiast wykonano całkowite wycięcie zagłoby z osiowem zeszcieniem jelita. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Wyzdrowienie.

W wyciętym preparacie przyczyny wgłobienia pod postacią jakiegobądź polipa nie znaleziono.

Przypadek 8.

Josek K., 11 lat, zachorował nagle przed 2 miesiącami podczas zabawy na podwórzu. Dostał gwałtownych boleści w brzuchu i wymiotów. W ciągu pierwszych trzech dni—zaparcie stolca, dopiero po lawatywie był obfity stolec.

Do szpitala Ś-go Wincentego przybył 7 lipca 1903 r., gdzie zaraz oddał stolec, krwią zabarwiony. Wymioty obecnie ustały zupełnie. Brzuch mało wzdęty, lekko bolesny na dotyk. W nadbrzuszu w okolicy poprzeczniczy wyczuwa się walcowaty, sprężysty guz, bolesny na dotyk, odgłos wypukowy nad nim stłumiony.

Rozpoznano wgłobienie i przystąpiono do operacji (Dobrucki). Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono wgłobienie, sięgające do esicy. Wobec niemożności wytoczenia całej zagłoby nazewnątrz, początkowe odpochwia-

nie z zastosowaniem wyciskania musiało być wykonane w jamie brzusznej. Dopiero po cofnięciu się przodującej części wglóbenia do poprzecznicy nastąpiło łatwe wyłonienie zagłoby na zewnątrz i łatwe odpochwienie. Na końcu wyszła bardzo obrzękła i nacieczona kątnica. Dla zapobieżenia nawrotom wykonano ileocolopexis. Podczas operacji ciężka zapaść chloroformowa. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Wyzdrowienie.

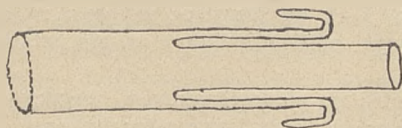
Przypadek 9.

Józef K., 38 lat. W połowie marca nagle dostał gwałtownych bólów w brzuchu i wymiotów, krwawej biegunki nie miał. W końcu kwietnia przybył do szpitala Ś-go Wincentego, gdzie znaleziono: brzuch nie wzdęty, w śródbrzuchu trochę więcej na stronie prawej wyczuwał się guz podługowaty, ruchomy, mało bolesny. Rozpoznano wglóbenie.

Na operację chory nie zgodził się i po dwóch dniach pobytu w szpitalu wypisał się do domu. W trzy tygodnie potem przybył do szpitala po raz drugi w stanie bardzo ciężkim. Ciepłota ciała 38,1, tętno 120—drobne, słabe, brzuch mocno wzdęty, szczególnie w górnej części, na dotyk bardzo bolesny. Zupelne zatrzymanie stolca, obfite i częste wymioty—krótko mówiąc—objawy zapalenia otrzewnej.

D. 17 maja 1904 r. Operacja (Majewski) w uśpieniu chloroformowem. Znaleziono rozległe wglóbenie, do esicy sięgające, w środku zagłoby otwór, przez który wychodzą gazy i kał. W jamie otrzewnej sporo mętnego płynu, otrzewna ścienna i trzewowa mocno przekrwiona. Ograniczono się do dodania jeszcze dwóch cięć brzusznych w powłokach i przesączkowania otrzewnej gazą jodoformową. W objawach zwiększającej się zapaści w 20 godzin po operacji nastąpiła śmierć. Badanie pośmiertne wykazało ropne zapalenie otrzewnej oraz bardzo zajmującą postać wglóbenia.

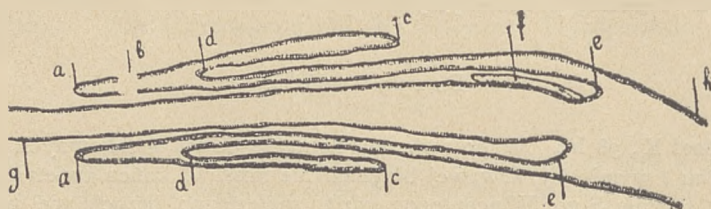
Na preparacie widzimy wpochwienie jelita krętego, części wstępnicy wraz z kątnicą do poprzecznicy, długość zagłoby 30 cm. Szyja wglóbenia znajduje się nieco ku linii środkowej od zagięcia wątrobowego. W samej szyi dwa otwory zgorzelinowe w ścianach jelita wpochwiającego. W publi-



Rys. № 17.

zu zagięcia śledzionowego widzimy zagięcie poprzecznicy, napozór robiące wrażenie drugiego wglóbenia, tylko w kierunku odwrotnym (wstępującym—ascendens) tak że na pewnej przestrzeni widzimy pięć oddzielnych walców jelitowych, wzajemnie obejmujących się. (Rys. № 17). Na przecięciu po-

przecznem otrzymamy pięć kół koncentrycznych. Zjawisko to pierwiastkowo, w naszej wspólnej pracy, opisaliśmy, jako *invaginatio duplex descendens et ascendens*. Przy bliższym jednak rozpatrzeniu się widzimy, że mamy zwyczajne wgłobienie kątnicze, w protokóle sekcyjnym zaznaczono, że



Rys. № 18.

przodowała wyciowana kątnica; a zjawisko, uważane za wgłobienie wstępujące, jest niczem innym, jeno zawinięciem się wPOCHWIAJĄCEJ szerokiej poprzecznicy, najprawdopodobniej przed samą śmiercią powstałe (*invaginatio agonalis*). Zupełnie podobnie przedstawia się przypadek Trevesa, jak to podany szematyczny rysunek ilustruje. (Rys. № 18).

Podobne wgłobienie, za *inv. ascendens* uważane, za życia powstające, nie dałyby się żadnym mechanizmem wytlomaczyć.

Przypadek 10.

Antonina P., lat 23, zawsze była zdrowa. Przed dwoma tygodniami poczuła mocny ból w brzuchu, zwłaszcza na stronie prawej. W parę godzin potem przyszły wymioty. Od tego czasu stała cierpić na mocne bóle napadowe oraz uporczywe wymioty. Stolec miewa raz na parę dni; krwi w stolcach, ani dęć nigdy nie było. Do szpitala Ś-go Wincentego przybyła 28 czerwca 1904. Stan ogólny dobry; tętno 76, ciepłota prawidłowa. Brzuch mało wzdęty, od czasu do czasu widać wzmożony ruch robaczkowy jelit. W górnej części brzucha wyczuwa się guz walcowaty, leżący zupełnie poprzecznie. Guz, mierzący 15 cm. długości, jest dość ruchomy ku górze i ku dołowi, bolesny na dotyk, odgłos opukowy na nim stłumiony. Rozpoznano wgłobienie.

Tegoż dnia w uspieniu chloroformowem operacja (Dobrucki). Łatwe wydobycie guza nazewnątrz, oraz łatwe odpochwienie. Na ostatku wyszła kątnica bardzo obrzękła, wyciowana, ze zgrubiałym obrzękłym wyrostkiem robaczkowym. Kątnica, a zwłaszcza jej dno, ma spistość jakby piłki gumowej. Po odcięciu wyrostka robaczkowego dokonano umocowania jelita krętego do wstępnicy (*Ileocolopexis*). Przebieg pooperacyjny bezodczynowy. Wyzdrowienie.

Przypadek 11.

Bolesław F., l. 9, zachorował nagle przed 9 dniami. Dostał gwałtownych bólów w brzuchu, kilkakrotnych wymiotów, wzdęcia brzucha, poczem przysły stolce lekko krwią zabarwione. Przybył do szpitala Ś-go Wincentego 2 kwietnia 1905 r. Obraz ciężkiego schorzenia, umiarkowane wzdęcie brzucha, w górnej jego części bolesny guz walcowaty, leżący poprzecznie, odgłos wypukowy nad nim stłumiony. Bóle napadowe. Rozpoznano wglóbenie i zaraz po przyjsciu do szpitala dokonano operacji (Dobrucki) w uśpieniu chloroformowem. W jamie brzusznej znaleziono niewielką ilość przezroczystego płynu, zagłobę z łatwością udało się wytoczyć nazewnątrz. Wglóbenie, rozpoczynające się w okolicy kątnicy, sięga do poprzecznicy. Nietrudne odpochwienie za pomocą wyciskania; na końcu wyszła kątnica z mocno obrzmiałem dnem, spoistości piłki gumowej, otrzewna na kątnicy zmętniała, miejscami pokryta wysiękiem włóknikowym.

Przy najsłabszem dotknięciu dna kątnicy występuje na poczekaniu wycinowanie tej ostatniej. Dolna część jelita krętego mocno przekrwiona na przestrzeni 15 cm. Wyrostek robaczkowy bardzo długi, lecz bez zmian chorobowych. Po dokonaniu odcięcia wyrostka dla zapobieżenia nawrotom wglóbenia umocowałem kopułę kątnicy do otrzewnej ściennej (Coecopexis). Zagojenie bez powikłań. Wyzdrowienie.

Przypadek 12.

Kazimierz C., 33 lat, osobnik bardzo nerwowy, lecz zawsze zdrów. Przed trzema tygodniami nagle dostał gwałtownych bólów w brzuchu, wymiotował przed dwoma dniami, krwi w stolcach nie było. Przybył do szpitala Ś-go Wincentego 23 czerwca 1905 r. Chory osłabiony, błydy, oczy zapadłe, brzuch bardzo mało wzdęty. Ciepłota nie zwiększona, tętno prawidłowe. W górnej części brzucha wyczuwa się guz walcowaty, nieco bolesny na dotyk, odgłos opukowy nad nim stłumiony, największa bolesność brzucha w okolicy zagięcia wątrobowego.

Wobec zupełnie wyraźnego rozpoznania wglóbenia natychmiast przystąpiono do operacji (Dobrucki) w uśpieniu chloroformowem. Wskutek prób wydobywania guza nazewnątrz guz zmniejsza się widocznie, następuje częściowe odpochwienie. Wglóbenie, sięgające pierwotnie do zagięcia śledzionowego, utrzymuje się jeszcze na małej przestrzeni w okolicy kątnicy. Ostateczne odpochwienie również łatwe, ostatnia wychodzi kątnica. Kopuła jej mocno obrzmiała, spoistości rozmoczonej tektury, pokryta zmętniałą otrzewną. Po najmniejszym podrażnieniu kątnicy zaczyna na poczekaniu tworzyć się wycinowanie tejże i początek wglóbenia. Wspólna krezka dla kątnicy i jelita krętego długa, wyrostek robaczkowy zdrów. Odcięcie wyrostka, umocowanie kątnicy trzema szwami jedwabnymi do otrzewnej ściennej (Coecopexis). Przebieg pooperacyjny bez powikłań, zupełne wyzdrowienie.

Dalszy przebieg nader zajmujący. W dwa miesiące po wyjściu ze szpitala był u mnie ponownie pacjent, uskarżając się na bóle napadowe w prawym dole biodrowym podobne do poprzednich, badaniem nic wówczas wykryć nie mogłem. W grudniu 1905 r., czyli w pół roku po operacyi, zostałem wezwany do chorego na naradę z kolegami, i znalazłem wgłobienie, trwające od 3 dni. Choroba rozpoczęła się bólami napadowymi, wymiotami, zaparciem stolca, dęcia były kilka razy, krew w stolcach nie pokazywała się. Ogólny stan chorego dość ciężki. Guz charakterystyczny wyczuwa się w okolicy kątnicy. Na zaproponowaną operację chory nie zgodził się i wyjechał do Warszawy. Operowany był przez ś. p. Korzeniowskiego w stanie bardzo ciężkim; znaleziono przedziurawienie we wrotach wgłobienia, zgorzel jelita wgłobionego, zapalenie otrzewnej. Zrost, wytworzony przysyciem kątnicy do otrzewnej ściennej, mocno wyciągnięty pod postacią sznura. Zejście śmiertelne.

Przypadek 13.

Wawrzyniec L., 20 lat, zachorował nagle przed czterema dniami wśród gwałtownych bólów w brzuchu. Wymiotów ani dęć nie było. Stolec miał dwa razy śluzowokrwawy. Stan ogólny dość pomyślny, ciepłota i tętno prawidłowe. Brzuch znacznie wzdęty, w głębi wymacuje się guz walcowaty, leżący poprzecznie.

Dnia 29 grudnia 1905 r. w uśpieniu chloroformowem operacja (Dobrucki). Wpochwienie sięga do zgięcia śledzionowego, odpochwienie nie trudne z początku w jamie brzusznej, a później, po wydobyciu guza nazewnątrz, poza nią. Na samym końcu wychodzi kopuła kątnicy (caput coeci) obrzmiała, twarda, spistości cienkiej piłki gumowej. Po odgłobieniu w dolnej części pozostaje mały dołeczek, trudno dający się wyrównać; po drażnieniu wycnicowanie nie powstaje, jak w dwóch poprzednich przypadkach. Po odgłobieniu, przekonawszy się, że mam do czynienia z jelitami zdrowymi, utworzyłem zespolenie pomiędzy jelitem krętym w odległości 15 cm., a wstępnicą w odległości 10 cm. od zastawki Bauhina (Ileocolostomia lateralis). Otwór łączący mierzył w średnicy 5 cm. Wyzdrowienie bez powikłań. W pół roku po operacyi miałem sposobność widzenia pacyenta, cieszącego się zupełnym zdrowiem.

Przypadek 14.

Wawrzyniec C., 39 lat Zachorował przed 2 miesiącami nagle; wystąpiły bóle w brzuchu, wymioty, krwawe stolce, dęć nie było. Chory bardzo osłabiony i wyczerpany. Brzuch umiarkowanie wzdęty, w górnej jego części, odpowiadającej poprzecznicy, znajduje się guz walcowaty, bolesny na dotyk. Ciepłota i tętno prawidłowe.

D. 19 stycznia 1906 r. w uśpieniu chloroformowem dokonano operacyi

(Dobrucki). Guz mało ruchomy z trudnością daje się wydobyć na zewnątrz. Jelito wpochwiające wygląda dobrze, odpochwienie nie udaje się. Typowe wycięcie jelita wglębionego sposobem Barkera-Rydygiera. Wobec trudności, napotkanych przy odszukaniu uciśniętej krezki, amputowałem wglębione jelito i usunąłem je zupełnie, i dopiero później połapałem i podwiązałem krwawiącą naczynia krezki; dla zapobieżenia rozejściu się cylindrów (wewnętrzny i średni), obszyłem dwa obok siebie leżące ich kikuty szwem ciągłym. Po zeszytciu jelita wpochwiającego dwupiętrowym szwem ciągłym (Czerny-Lembert) włożyłem duży tampon do jamy brzuszej. Tampon usunąłem 10-go dnia po operacji. Zagojenie bez powikłań.

Przypadek 15.

Zbigniew R., 15 lat. Chory od kilku tygodni na jakąś chorobę gorączkową, podczas której wystąpiły obfite wybroczyny krwawe na skórze, zwłaszcza na grzbietowych powierzchniach kończyn, w okolicach stawów łokciowych i kolanowych. Nadto kilkakrotnie stwierdzono obfite krwawienie kiszkowe. Chory osłabł nadzwyczajnie. 8 lutego wieczorem wystąpiły nader gwałtowne bóle napadowe w brzuchu, wymiotów nie było. Wezwany tegoż dnia na poradę, znalazłem co następuje. Chłopak szczupły, błydy, nadzwyczajnie wychudzony. Ciepłota ciała nie powiększona. Tętno 100, słabe, drobne. Na zapytanie odpowiada niechętnie, od czasu do czasu głośno wykrzykuje, żaląc się na bóle w brzuchu. Na całym ciele, a zwłaszcza na kolanach i łokciach, obfite wybroczyny krwawe dawne, a tu i owdzie również i świeże. Brzuch umiarkowanie wzdęty, bolesny, w górnej części wyczuwa się guz walcowaty, leżący poprzecznie.

Dnia 9 lutego 1909 r. operacja w uśpieniu chloroformowem (Dobrucki). Łatwe wydobicie guza nazewnątrz, nietrudne odpochwienie, naostatek wychodzi kopuła kątnicy (caput coeci), mocno przekrwiona, obrzmiała, spoistości pergaminu. Cała wstępnicza bardzo przekrwiona, a także dolny odcinek jelita krętego. Gruczoły krezkowe, odpowiadające częściom wglębionych jelit, znacznie powiększone. Wybroczyn krwawych na jelitach nigdzie nie spotykamy.

Wyrostek robaczkowy długi, bez zmian chorobowych. Odcięcie wyrostka. Ileocolostomia jak w przypadku № 14, z tą tylko różnicą, że wobec znacznego przekrwienia okrężnicy wstępującej połączyłem jelito kręte z poprzeczną. Zagojenie bez żadnych powikłań. Jeszcze w ciągu dwóch tygodni po operacji pokazywały się od czasu do czasu pojedyncze świeże plamki krwawe na skórze. Obecnie, po upływie prawie 6 lat, Z. R. zupełnie zdrowy, wygląda doskonale i nie odczuwa żadnych dolegliwości.

Przypadek 16.

Eugeniusz W., 6 miesięcy, dotychczas zdrowy, stolec zawsze zaparty. 23 kwietnia 1907 r. po południu dostał boleści w brzuchu i wymiotów, w stolcu pokazało się trochę krwi. Nazajutrz dziecko zostało przyniesione

do szpitala Ś-go Wincentego w stanie dość dobrym, dużo śpi, bóle są nieco rzadsze. Ciepłota nie zwiększona, tętno 110. Przy obmacywaniu brzuszka spostrzegamy guz walcowaty, leżący poprzecznie, który ginie w okolicy śledziony, później znów wyraźnie występuje, wchodząc wgląd do miednicy na stronie lewej.

Wobec niewątpliwego rozpoznania wgłobienia w uśpieniu chloroformowem w niecałe 20 godzin od początku choroby wykonano operację (Dobrucki). Wgłobienie sięga aż do esicy, guz z trudnością daje się wydobyć nazewnątrz. Dopiero po zmniejszeniu wgłobienia manipulacjami, wewnątrz brzucha dokonywanymi, udało się doprowadzić szczyt wgłobienia do poprzecznicy i guz wydobyć nazewnątrz. Wtedy spostrzegłem, że szczyt wgłobienia oprócz zwykłego wałka z zagłębieniem we środku stanowi jeszcze niewielkie ciało długości 4 cm., 2¹/₂ szerokości, dość twarde, nie dające się oddzielnie poruszać. W środku tego ciała również wyczuwa się małe zagłębienie. Na razie wziąłem je za polipa, który całą sprawę wywołał. Odpochwiając dalej, doszedłem do kątnicy, która tylko z wielką trudnością dała się odpochwic, przyczem pierwej wyszedł zupełnie niezmienny wyrostek robaczkowy, a naostatek dopiero wynicowana kopolą kątnicy, mocno obrzękła, twarda, pokryta całkowicie zmetniałą otrzewną. Ów rzekomy polip okazał się wgłobieniem jelita krętego przez zastawkę Bauhina. Odpochwienie tego wgłobienia okazało się zupełnie łatwe. Po przyszyciu kilkoma szwami jelita krętego do wstępnicy (Ileocolopexis), jamę brzuszną zamknąłem doszczętnie. Przebieg bez powikłań. Wyzdrowienie.

Przypadek 17.

Estera Sz., 32 lat, zachorowała nagle przed 11 dniami. Dostała bólów napadowych w brzuchu, wystąpiły kilkakrotne wymioty i zupełne zatrzymanie stolca i wiatrów. Przybyła do szpitala żydowskiego w Lublinie 26 października 1907 r. Brzuch wzdęty, pojedyncze pętle jelit zarysowują się wyraźnie. W prawym dole biodrowym wyczuwa się charakterystyczny guz podłużny, wrażliwy na dotyk, guz ginie w okolicy zagięcia wątrobowego. Ciepłota ciała niezwiększona, tętno prawidłowe, nieco słabe. W szpitalu po Hegarze nastąpiło obfite wypróżnienie, lecz jednocześnie i wymioty kałowe. Rozpoznano wgłobienie.

Tegoż dnia wykonano operację (Modrzewski). Cała zagłoba łatwo daje się wydobyć nazewnątrz, również łatwe odpochwienie wgłobienia, sięgającego do poprzecznicy, niemożliwe natomiast odpochwienie jelita krętego z krętego, gdzie szczyt stanowi guz wielkości gruszki, wychodzący z błony podśluzowej jelita krętego, guz siedzi na szerokiej podstawie. Pozatem w jelicie wpochwionem widać początek zmian zgorzelinowych. Wobec tego dokonano wycięcia jelita krętego, stanowiącego całą zagłobę, i nałożono szew okrężny. Guz okazał się twardym polipem, wychodzącym z podśluzówki jelita krętego.

Badanie mikroskopowe dokonane nie było. Chora w objawach wzra-

stającej zapaści zmarła. Mielśmy zatem do czynienia z wgłobieniem jelita krętego w kręte (inv. iliaca), które już jako takie wypadło do światła okrężnicy i wywołało wtórne wgłobienie kątnicze (inv. coeco-colica).

Przypadek 18.

Berek A., 9 lat, zachorował nagle przed tygodniem. Dostał gwałtownych bólów w jamie brzusznej o charakterze napadowym, wymiotów nie miał, stolce były kilka razy bez domieszki krwi. W samym początku choroby miał trochę nudności. Przybył do szpitala Ś-go Wincentego z listopada 1908 r. Stan ogólny dość dobry. Ciepłota ciała prawidłowa, tętno 76. Brzuch dość miękki, niebolesny. W górnej części brzucha wyczuwa się poprzecznie leżący walcowaty guz, wrażliwy na dotyk, dość ruchomy.

Rozpoznano wgłobienie i wykonano operację (Dobrucki). Nader łatwe wydobyć guza; podczas wydobywania następuje odpochwienie. Na samym końcu wychodzi wycinowana kątnica, obrzmiała, przekrwiona, o dość twardej ścianach, spoistości rozmoczonej tektury. Na samem dnie kątnicy widać zagłębienie w postaci dna butelki, z pewną trudnością dające się wyrównać. Wyrostek robaczkowy bardzo długi bez zmian chorobowych. Długa wspólna krezka dla kątnicy i jelita krętego (mesenterium commune). Po odjęciu wyrostka wykonano zespolenie jelita krętego z okrężnicą. Zagojenie bez powikłań. Wyzdrowienie.

Przypadek 19.

Maryanna F., 23 lat. Zachorowała nagle przed trzema dniami; poczuła gwałtowne bóle w brzuchu, zwiększające się okresami, potem przyszły wymioty i zupełne zatrzymanie stolca. Stan taki trwał w ciągu dni trzech. Czwartego dnia choroby przybyła do szpitala Ś-go Wincentego w stanie zupełnie dobrym. Brzuch mało wzdęty, w dole brzucha nad spojeniem pętle jelit występują bardzo wyraźnie. Od czasu do czasu daje się zauważyć lekko wzmożony ruch robaczkowy jelit w dolnej części brzucha. Ciepłota 36,8, tętno 80, prawidłowe. Po ławatywie obfite mocno cuchnące wypróżnienia, krwi nie spostrzeżono. Stan ogólny znacznie poprawił się, wobec niejasnego rozpoznania wstrzymałem się z zabiegiem. Dnia następnego stan ogólny taki sam, bóle są, wzmagając się okresami. Chora w nocy nie spała. Nad ranem bóle znacznie zwiększyły się. Wzdęcie również większe, wyraźne stłumienie przy opukiwaniu w dolnej części brzucha nad spojeniem łonowem, stłumienie sięga do połowy odległości pomiędzy spojeniem i pępkiem. Badanie przez pochwę i odbytnicę nie daje żadnych wskazówek. Rozpoznanie nie zupełne, wahało się między niedrożnością, zależną od zrostów, powstałych po przebytych porodach, i wgłobieniem.

Cięcie brzucha (Dobrucki) 4 marca 1908 r. Po otwarciu jamy otrzewnej odrazu natrafiono na twardą pętlę jelit, która okazała się wgłobieniem

jelita krętego w kręte (invaginatio iliaca). Łatwo wydobyto nazewnątrz całą zagłobę. Wobec zmian zgorzelinowych w jelicie wPOCHWIAJĄCEM nie próbowano odgłobienia, lecz dokonano całkowitego wycięcia zagłoby z okrężnym zespoleniem jelit. Zagojenie bez żadnych powikłań. Zupelne wyzdrowienie.

Przypadek 20.

Michał B., lat 32. Zachorował przed 10 dniami nagle, śród pracy fizycznej. Choroba rozpoczęła się bólami w prawym dole biodrowym. Od tego czasu bóle coraz mocniejsze przychodzą napadami. Wymiotów nie było. Dęcia były kilka razy i stolce śluzowe, od trzeciego dnia począwszy w wypróżnieniach spostrzeżono żyłki krwi. Przybył do szpitala Ś-go Wincentego w stanie ogólnym dość dobrym. Ciepłota nie zwiększona, tętno 76 dobre, miarowe. W górnej części brzucha wyczuwamy guz walcowaty, długości 10 cm., leżący poprzecznie, wklęsły ku dołowi, nieco bolesny na dotyk.

Po rozpoznaniu wgłobienia, operacya 1 kwietnia 1908 r. (Dobrucki). Łatwe wydobicie guza z jamy brzusznej, łatwe odpochwienie, na samym końcu z pewną trudnością wychodzi dno kątnicy obrzmiałe, wynicowane, z mocno nastrożkniętymi naczyniami krwionośnymi otrzewnej. Wyrostek robaczkowy długi (12 cm.), zupelnie niezmienny. Dolna część wstępnicy obrzmiała, przekrwiona, otrzewna na niej, jak również i na kątnicy, zmętniała. Jelito kręte natomiast ma doskonały wygląd, nawet nie jest zaczerwienione. Appendectomy et ileocolostomia lateralis. Wobec jednak zmian we wstępnicy, połączono jelito kręte z poprzecznicą. Nazajutrz chory miał się doskonale, lecz czwartego dnia po operacyi nastąpiła śmierć w objawach zapalenia otrzewnej. Wymiotów w przebiegu pooperacyjnym wcale nie było, wystąpiły zaś dopiero na dwie godziny przed śmiercią.

Badanie zwłok wykazało septyczne zapalenie otrzewnej, szwy trzymały doskonale.

Podczas operacyi okrężnica była przepelniona nawpół płynnym kałem, mocno cuchnącym. Możliwe jest, że, pomimo starannego ochrania serwetami pola operacyjnego, nie udało się uniknąć zakażenia otrzewnej. Żalowałem, że nie włożyłem worka Mikulicza, albo tamponów do jamy otrzewnej, jak to dotąd we wszystkich operacyach, z otwarciem światła jelit połączonych, stale robiłem; możeby udało się tym sposobem uchronić otrzewną od zakażenia.

Przypadek 21.

Jan S., lat 26. Chory od 6 tygodni. Po dźwignięciu bardzo ciężkiego worka z mąką dostał nagle gwałtownych bólów w brzuchu i rozwolnienia. Wymiotów ani krwi w stolcach nie były. W 5 tygodni od zachorowania przybył do szpitala Ś-go Wincentego, rozpoznano wgłobienie, zaproponowano operacyę, na którą chory nie zgodził się i wypisał się ze szpitala,

W tydzień potem przybył po raz drugi z wyraźnymi objawami wglóbenia: bóle napadowe, wymioty, guz charakterystyczny, leżący w górnej części brzucha poprzecznie. Guz walcowaty, twardy, bolesny na dotyk.

Cięcie brzucha 30 czerwca 1908 r. (Majewski). Wglóbenie sięga do zgięcia śledzionowego. Łatwe odpochwienie aż do samej kątnicy, ta ostatnia wynicowana, wywija się z trudnością, mocno obrzękła, spoistości piłki gumowej. Na dnie kątnicy pozostaje dołek, z trudnością dający się wyrównać. Dla zapobieżenia nawrotom cierpienia dokonano zwężenia kątnicy kilkoma szwami, oraz umocowania krezki kątnicy i okrężnicy do otrzewnej ściennej. Zagojenie bez powikłań. Wyzdrowienie.

Przypadek 22.

Karolina B., 49 lat, zachorowała nagle bez żadnej widocznej przyczyny przed 5-iu dniami. Wystąpiły gwałtowne bóle napadowe, miała kilka razy płynne wypróżnienia z domieszką śluzu bez krwi. Wymioty miała raz jeden po przybyciu do szpitala Ś-go Wincentego 5 grudnia 1908 r. Brzuch nieco wzdęty, bolesność brzucha mała, nad pępkiem wyczuwa się charakterystyczny guz walcowaty, leżący poprzecznie, ruchomy ku górze, dość twardy, bolesny na dotyk.

Rozpoznano wglóbenie i natychmiast przystąpiono do operacji (Dobrucki). Łatwe wydobycie guza nazewnątrz, bardzo łatwe odpochwienie. Ostatnia wysuwa się kątnica, mocno obrzmiała, wynicowana, spoistości pergaminu. Krezka, wspólna dla kątnicy, dolnego odcinka wstępnicy i jelita krętego, mocno wydłużona. Wyrostek robaczkowy badzo długi, bez zmian chorobowych. Wykonano odcięcie wyrostka, oraz kolumnizację kątnicy i wstępnicy podług Delbet'a. Oprócz tego umocowano jelito kręte do wstępnicy kilkoma szwami (Ileocolopexis). Zagojenie bez powikłań. Wyzdrowienie.

Przypadek 23.

Marjanna R., 15 lat, przybyła do szpitala Ś-go Wincentego 15 maja 1909 r. Chora od września roku ubiegłego, miewa bardzo częste bóle w brzuchu, już to słabsze, już to mocniejsze. W wypróżnieniach pokazywały się żyłki krwi. W marcu r. bieżącego bóle przysły mocniejsze, a prztem znacznie częstsze. W kwietniu dwa tygodnie ciężko chorowała, przczem były bardzo obfite krwawienia kiszkowe.

Obecnie wskazuje na mocne bóle, w rzadkich wypróżnieniach śluzowych spostrzega się krew. Wymioty w przebiegu choroby były zaledwie parę razy. Chora blada, małokrwista, wątła, słabo fizycznie rozwinięta, wygląda najwyżej na lat 12. Płuca zdrowe, serce nieco powiększone, wyraźny szmer systoliczny przy szczycie, również na mostku. Ciężota nie zwiększona, tętno 80 miarowe, kości słabe. Brzuch mało wzdęty, pętle jelit zarysowują się wyraźnie. W górnej części brzucha wykrywa się guz walcowaty, poprzecznie leżący, wrażliwy na dotyk.

Rozpoznano wgłobienie, powstałe na tle jakiejś sprawy przewlekłej w jelitach, być może — gruźlicy. Jednocześnie stwierdzono niedomykalność zastawki dwudzielnej.

Dnia 17 maja 1909 r. dokonano operacji (Dobrucki) Cięcia powłok dokonano w znieczuleniu miejscowem nowokainą z adrenaliną, wobec dużej wrażliwości chorej w dalszym ciągu zastosowano uśpienie chloroformowe.

Podczas operacji znaleziono wgłobienie, sięgające do zgięcia śledzionowego. Łatwe wydobycie zagłoby nazewnątrz i odpochwienie. Ostatnia wychodzi mocno obrzmiała kątnica wycinicowana. Wyrostek robaczkowy mały, gruby, przewężony, w końcu odśrodkowym wyrostka ropień wielkości orzecha laskowego; czubek wyrostka zrosnięty z siecią za pomocą grubego, 10 cm. długiego, sznura otrzewnowego. Obmacywanie kątnicy wykazuje, że nie tylko ściany tejże są nacieczone, zgrubiałe, lecz że jeszcze jakaś sprawa chorobowa tkwi w samej śluzówce kątnicy. Zrobiwszy podłużne nacięcie kątnicy, przekonaliśmy się, że całe jej światło wypełnia bezmierna liczba polipów. Ponieważ takie same polipy wypełniają i całą wstępnicę, a także i część poprzecznicę, dokonano wycięcia w zdrowych jelitach, czyli usunięto: część jelita krętego, kątnicę, całą wstępnicę i część poprzecznicę. Przedtem jednak dokonano połączenia bocznego jelita krętego z poprzecznicą. Włożono worek Mikulicza. Operacja trwała blisko 1½ godziny, chora bardzo osłabiona z tętnem zaledwie wyczuwalnem została przeniesiona na salę chorych. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Wyzdrowienie.

Badanie wyciętych jelit wykazuje: kątnica cała wypełniona olbrzymią liczbą polipów śluzowych, najrozmaitszej wielkości, dochodzących do 1 lub nawet 1,5 cm. długości. Posuwając się ku wstępnicy, spotykamy polipy coraz mniejsze, jak również mniej liczne, im dalej w stronę odbytu, tem wielkość i liczba maleje, tak że w początku poprzecznicę widzimy już zaledwie gdzie niegdzie rozsiane pojedyncze guziki, mało wystające nad powierzchnię śluzówki. Szypułki owych narośli przedstawiają się rozmaicie, w zależności od wielkości samych polipów: większe polipy posiadają szypułki węższe i dłuższe, małe zaś narośle mają szypułki krótkie i płaskie. Tym sposobem większe polipy są znacznie więcej ruchome od małych. Cierpienie owo zostało rozpoznane przez Prof. Dmochowskiego, jako colitis hypertrophica poliposa.

Osobliwością przypadku jest nie tylko niezwykła przyczyna wgłobienia i bezkarne stosowanie długiego uśpienia chloroformowego wobec wady serca, lecz jeszcze niezwykła jest tu okoliczność, że sprawa chorobowa rozwijała się od kątnicy począwszy w kierunku zstępującym, a nie, jak to zwykle posuwa się colitis polyposa, od odbytnicy w kierunku wstępującym.

Przypadek 24.

Momes B., 8 lat, przybył do szpitala Żydowskiego 4 listopada 1909 r. Przed pięcioma dniami zachorował nagle: bóle napadowe w brzuchu, wymioty, zatrzymanie stolca. Obecnie częste i bardzo mocne bóle okresowe.

Po przybyciu do szpitala parę stolców śluzowych bez krwi. Brzuch nie wzdęty, wyraźnie wzmoczony ruch robaczkowy jelit. W nadbrzuszu wyczuwa się walcowaty guz, poprzecznie leżący. Ciepłota nie podniesiona tętno 72 prawidłowe.

Rozpoznano wglóbenie i zaraz wykonano operację (Dobrucki). Wglóbenie sięga do okrężnicy zstępującej. Podczas wydobywania guza następuje odpochwienie. Odglóbeno jelito kręte nieco zaczerwienione, ostatnia wychodzi kątnica obrzmiała, mało sprężysta, na dnie jej pozostaje dołek, tak że kopuła kątnicy wygląda, jak dno butelki. Wyrostek robaczkowy długi. Wyrostek robaczkowy odcięto i umocowano jelito kręte do wstępnicy (Ileocolopexis). Wobec tego, że chory bardzo źle chloroformował się, nie mogłem wykonać innego zabiegu doszczętnego. Dzień następny po operacji przeszedł dobrze, lecz 6 grudnia wystąpiły silne bóle i wymioty, 7 grudnia bóle mocniejsze, wymioty, tętno bardzo słabe, wypróżnień nie było. Wieczorem w objawach niedrożności jelit chory zmarł. Badanie zwłok, ze względu na przepisy rytualne, dokonane być nie mogło. Przyczyna przeto śmierci, zwłaszcza że sam nie spostrzegałem przebiegu pooperacyjnego, zupełnie niewyjaśniona została.

Przypadek 25.

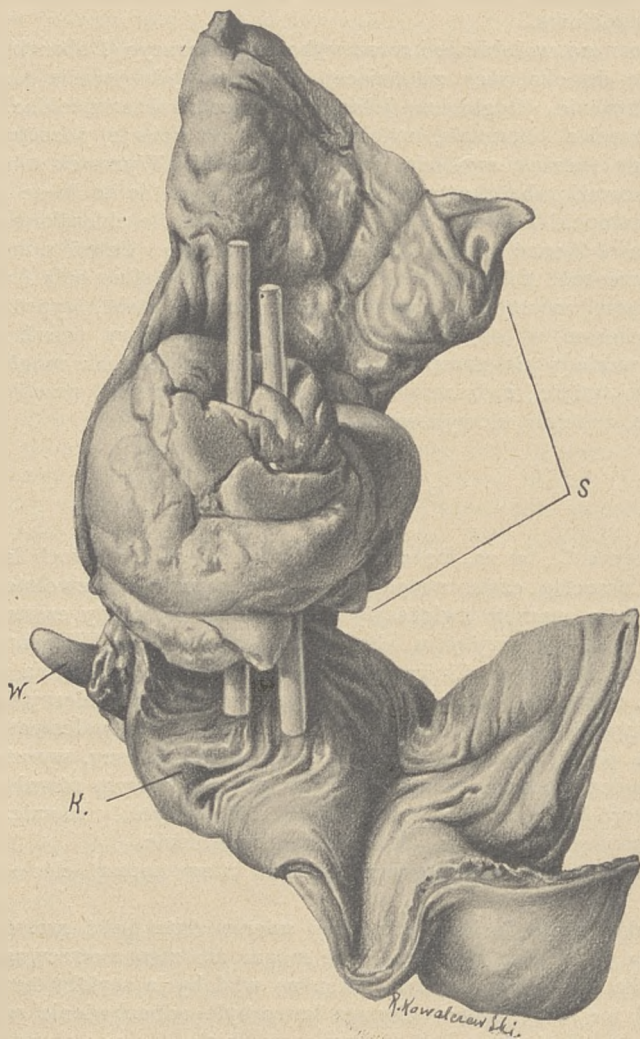
Katarzyna C., lat 29, mężatka, ma dwoje dzieci. Od dwóch lat miewa co pewien przeciąg czasu napadowe bóle w brzuchu i rozwolnienie. Od 2 miesięcy bóle znacznie zwiększyły się, przytem wystąpiły częste rozwolnienia ze krwią. Po przybyciu chorej do szpitala Ś-go Wincentego spostrzeżono co następuje. Chora wątła, blada, osłabiona. Ciepłota ciała nie zwiększona, tętno 100 drobne. Brzuch mało wzdęty, nie bolesny na dotyk. W górnej części brzucha obmacywanie stwierdza guz walcowaty, leżący poprzecznie ponad pępkiem, przy dotykaniu nieco bolesny, wyraźnie kurczący się podczas obmacywania; w lewym dole biodrowym również wymacuje się nierówny guz, ginący w miednicy. W odbytnicy również wyczuwamy charakterystyczny guz. Rozpoznano wglóbenie.

W uśpieniu chloroformowem dnia 22 lutego 1910 r. cięcie brzucha (Dobrucki).

Po wkroczeniu do jamy otrzewnej uderza duża ilość zrostów jelitowych, jedna pętla jelita cienkiego dość mocno zrosnięta z otrzewną ścienną przednią. Po usunięciu zrostów dokonano wydobywania zagłoby nazewnątrz, co powiodło się dość łatwo, również łatwe było odpochwienie za pomocą wyciskania. Na końcu wychodzi mocno zgrubiała (na przestrzeni 15 cm.) dolna część jelita krętego, później—krótka obrzmiała wyrostek robaczkowy, a na samym końcu — bardzo zgrubiała, wycisowana kątnica, twarda, spoiści piłki gumowej, pokryta mocno zmętniałą otrzewną i dużą ilością dawnych i świeżych zrostów. Samego dna kątnicy całkowicie odpochwici nie udało się, pozostał na dnie niewielki dołek.

Wykonano boczne zespolenie w zdrowych jelitach (ileocolostomia

lateralis), a następnie cały kąt krętniczokątnicy z 16 cm. jelita krętego włącznie wycięto, do jamy otrzewnej włożono worek Mikulicza. Czwartego



Rys. № 19.

K = jelito kręte; *S* = kiszka ślepa; *W* = wyrostek robaczkowy.

dnia po operacji w objawach wzrastającej niedomogi sercowej, bez żadnych objawów podrażnienia otrzewnej, chora zmarła. Badanie pośmierne zwłok ze względu na rodzinę chorej dokonane być nie mogło.

Załączony tu Rys. № 19 dokładnie przedstawia nam, jak wyglądała wewnątrz wycięta podczas operacji część przewodu kiszkowego.

Usunięty podczas operacji preparat zbadal łaskawie Prof. Przewoski i dał następujący opis tegoż.

„Podczas operacji usunięto dolny koniec кишки krętej, kishkę ślepa i znaczną część okrężnicy wstępującej. Wgłobienie znaleziono na przebiegu кишки ślepej i grubej wstępującej. Poczynalo się ono pod zastawką Bauhina w odległości 12 milimetrów od otworu wejściowego do wyrostka robaczkowego. Wsunęła się mianowicie ściana кишки ślepej i początku okrężnicy wstępującej do średniej części tejże okrężnicy wstępującej. Intussusceptum więc tworzy wsunięta oprócz dna cała kishka ślepa w wywróconą pierwszą trzecią część кишки grubej wstępującej, przyczem od tyłu pomiędzy jego ścianę wsuniętą i wywróconą wchodzi część pofalowanego mesocoli ascendentis. Takie intussusceptum (wgłobienie) objęte jest od zewnątrz przez pochwę, złożoną ze średniej trzeciej części кишки grubej wstępującej. Całkowita długość wgłobieńca wynosi 5 centymetrów, grubość zaś średnio około 50 milim. We wgłobieńcu zwrócone do siebie powierzchnie surowicze cylindra wewnętrznego i wywróconego są zrosnięte ze sobą na całej przestrzeni. Nakoniec na przekroju wgłobieńca w wewnętrznym jego cylindrze widać światło w postaci podłużnego kanału, szerokiego średnio na 30 milim. To światło podzielone jest wzdłuż za pomocą cienkiej przegrody błonistej na dwa węższe kanały z osią, równoległą do światła кишки, i otwarte z jednej strony do dna кишки ślepej, z drugiej do światła końcowej trzeciej części кишки grubej wstępującej. Na rysunku № 19 te kanały oznaczone są przez wstawione do nich pałeczki.

Nad wgłobieniem dolna część кишки cienkiej na przestrzeni około 9 centymetrów jest mocno rozszerzona, przyczem ściana jej jest sztywna, twar-da z warstwą mięśniową, zgrubiałą do 3 milim. Na błonie śluzowej tej części кишки widać dosyć obfite i duże owrzodzenia follikularne i inne wrzody po zapaleniu błonicowem na wierzchołkach zastawek Kerkringa. Takież owrzodzenia, tylko mniejsze widać i niżej na błonie śluzowej cylindra wewnętrznego we wgłobieńcu.

Zastawka Bauhina jest rozciągnięta, daje się wszakże rozpoznać zupełnie wyraźnie. Wyrostek robaczkowy nie okazuje żadnych zmian widocznych. Leży on swobodnie przy dnie кишки ślepej i w świetle zawiera trochę śluzu.

Błona śluzowa cylindra wywróconego we wgłobieńcu, jakoteż błona śluzowa pochwy są tylko zgrubiałe i pokryte śluzem.

Z opisu powyższego widać, że wgłobienie кишки grubej w grubą przedstawia się w sposób zwykły z wyjątkiem tej osobliwości, że światło cylindra wewnętrznego (wsuniętego), we wgłobieńcu podzielone jest na dwa podłużne kanały za pomocą przegrody błonistej. Skąd się to wzięło? Ażeby to objaśnić, należy wziąć pod uwagę następujące dane:

a) Przegroda błonista jest tylko na przestrzeni wgłobienia. Wyżej zaś i niżej niema jej ani śladu, co samo nasuwa myśl, że powstanie jej może być w związku z wgłobieniem.

b) Przegroda błoniasta nie zawiera wcale gładkiej muskulatury i znajduje się w związku tylko z błoną śluzową wewnętrznego cylindra, gdy sam ten cylinder ma najzupełniej prawidłowo rozwiniętą swoją muskulaturę ścienną.

c) Dalej, embriologia nie dostarcza danych, któreby pozwoliły rozwojowo objaśnić powstanie podłużnego rozdwojenia światła kiszki grubej wstępującej.

d) Nakoniec — przegroda błoniasta leży w obrębie zapalnych owrzodzeń, umożliwiających zrośnięcie przylegających do siebie owrzodzonych części błony śluzowej.

Rozważywszy wszystkie przytoczone dane można wysnuć tylko jeden wniosek, a mianowicie, że podczas przewlekłe przebiegającego wgłobienia doszło do wzrostów owrzodzonych wierzchołków fałd błony śluzowej we wsuniętym wewnętrznym cylindrze wgłobieńca, a następnie—do rozciągnięcia nowopowstałych kanałów przez napór zawartości kiskowej z góry. Że wgłobienie przebiegało przewlekłe, dowodzi—prócz obserwacji klinicznej—jeszcze fakt rozszerzenia kiszki cienkiej nad wgłobieniem ze zgrubieniem ściennem warstwy mięśniowej w ten sposób, jak to widać zwykle w przekroju nad zwężeniem rakowem. Zapalenie z owrzodzeniami błony śluzowej kiszki nad zwężeniem we wgłobieniu i w przebiegu samego wgłobienia było — niezawodnie — w związku z zastojem zawartości kiskowej skutkiem zwężenia. Dla dopełnienia dodam, że analogiczne rozdwojenia światła kanału skutkiem zrastania się wierzchołków fałd błony śluzowej są zjawiskiem, występującem dosyć często w jajowodach u człowieka“.

Za łaskawe i uprzejme zbadanie wyciętej kiszki, oraz za wyjaśnienie powikłanych w teje stosunków poczuwam się do obowiązku złożyć tu Prof. Przewoskiemu wyrazy serdecznego podziękowania.

Przypadek 26.

Ian W., 32 lat, zachorował nagle po dźwignięciu worka ze zbożem. Dostał gwałtownych bólów okresowych w brzuchu i wymiotów. W 6-ym tygodniu choroby pokazały się krwawe stolce, co zmusiło chorego do udania się do szpitala Ś-go Wincentego. Chory opowiada, że sam zauważył guz w prawym dole biodrowym; dziś przy badaniu widać, że guz ten przesunął się do esicy. Chory miewa częste rozwolnienia, stolce są z niewielką ilością krwi. Ciepłota ciała nie zwiększona, tętno nieco przyspieszone (100). Stan ogólny dość pomyślny.

Rozpoznano wgłobienie i dnia 22 lutego 1910 r. dokonano operacji (Dobrucki).

Łatwe odpochwienie. Na ostatku z trudnością wychodzi kątnica o bardzo zgrubiałych ścianach, pokryta zmienioną, zmętniałą otrzewną i sporą ilością zlepek. Na dnie kątnicy po odpochwieniu pozostaje dołek. Wyrostek długi zdrów. Wykonano wycięcie wyrostka robaczkowego i kolumniaczycę Delbet'a. Przebieg prawidłowy. Wyzdrowienie.

Przypadek 27.

Emilia P., 39 lat. Przed dwoma miesiącami, wśród zupełnego zdrowia, nagle dostała gwałtownych bólów w brzuchu, poczem przyszły obfite rozwolnienia z domieszką krwi. Przybyła do szpitala Ś-go Wincentego 1 listopada 1910 r. w stanie bardzo ciężkim. Ciepłota nie zwiększona, tętno 120 słabe, o małym napięciu. Brzuch umiarkowanie wzdęty, ruch jelit wzmożony, wyraźne stłumienie w prawym dole biodrowym.

Rozpoznano wglóbiecie i tegoż dnia wykonana operacja (Dobrucki) wykazała wglóbiecie krętniczookrężnicze. Kątnica za pomocą bardzo krótkiej krezki mocno przytwierdzona w swoim miejscu. Jelito biodrowe wypadło przez zastawkę Bauhina do okrężnicy tylko na 6 cm. Na jelicie wpochwiającem w kilku miejscach widać szare plamy zgorzelinowe, w otrzewnej trochę mętnego płynu. Nie próbowano odglóbiecia, lecz dokonano wycięcia doraźnego całego kąta krętniczokątniczego po poprzednim wytworzeniu połączenia jelit (ileocolostomia lateralis). W objawach zwiększającej się zapaści chora wieczorem zmarła. Wobec ciężkiego stanu chorej należało — być może — dokonać rezekcji jelit wieloczasowo.

Przypadek 28.

Jan F., 47 lat. Przed tygodniem nagle podczas wysiłku fizycznego przy pracy wystąpiły silne bóle w jamie brzusznej. Przy mocnych dęciach wydziela się w niewielkiej ilości śluz ze krwią. Bóle w brzuchu częste, napadowe. W dniu przybycia do szpitala brzuch prawie zapadnięty, czasami widać przesuujące się pojedyncze pętle jelit. W nadbrzuszu więcej na stronie lewej wyczuwa się nieokreślonej formy guz wielkości małej pięści.

D. 12 listopada 1910 r. operacja (Dobrucki). Znalezione wglóbiecie grubego jelita w grube (invaginatio colica) na dużej przestrzeni — od połowy poprzecznicy aż do esicy. Łatwe odpochwienie manipulacjami, w jamie brzusznej wykonywanymi; wydobyć zagłobę nazewnątrz nie udało się. Ostateczne odpochwienie niemożliwe ze względu na przeszkodę, jaką stanowi duży guz, wchodzący do światła okrężnicy w okolicy zagięcia śledzionowego; guz twardy, wielkości średniego jabłka, na szerokiej podstawie. Wobec trudnej narkozy i niezłomnej natury guza nie dokonano wycięcia jelit, lecz tylko zespolono okrężnicę z okrężnicą, omijając guz (colo-colostomia), otworem 8 cm. Włożono parę pasków z gazy jodoformowej. Przebieg bez powikłań. Wyzdrowienie.

Przypadek 29.

Stanisław K., 41 lat, zachorował przed dwoma dniami nagle; przyszły bóle napadowe w brzuchu i krwawe wypróżnienia. Po przybyciu chorego do szpitala Ś-go Wincentego stwierdzono stan chorego dość dobry, ciepłota

ciała nie zwiększona, tętno 100, brzuch mało wzdęty, w nadbrzuszu twardy guz walcowaty, leżący poprzecznie. Rozpoznano wgłobienie.

D. 2 stycznia 1911 r. operacya (Modrzewski), Wgłobienie sięga do esicy. Dość uciążliwe odpochwienie invaginationis ileo-colicae, względnie łatwe odpochwienie wynicowanej kątnicy. Odpochwione jelito kręte przedstawia oryginalną mało sprężystą spoistość, przy mocno zaczerwienionej i przekrwionej otrzewnej. Nacięcie jelita wykazuje zupełną zgorzel słuzówki jelita krętego na dużej przestrzeni (30 cm.). Dokonano wycięcia chorego odcinka jelita krętego, a następnie zespolono krętnicę z poprzeczną. W nocy zapaść. Śmierć.

Przypadek 30.

Karol F., 6 miesięcy. Dziecko zachorowało 23 marca 1911 r. wśród zupełnego zdrowia, cały dzień trwały mocne bóle napadowe w brzuchu, w ciągu dnia 2 wypróżnienia zwyczajne, częste wymioty. 24 marca ciepłota ciała prawidłowa, tętno 120 dość dobre; wieczorem lekka zapaść, dziecko ciągle śpi, budzi się często i wykrzykuje podczas bólów okresowych w brzuchu. W czasie bólów widać wzmożony ruch robaczkowy jelit. Po lawatywce z oliwy kilka wypróżnień krwawych. Rozpoznano wgłobienie.

D. 25 marca 1911 r. operacya (Dobrucki). Po otwarciu jamy otrzewnej wypada pierwsza esica, mocno krwią wypełniona. W prawym dole biodrowym jelita cienkie więcej wzdęte, idąc po nich dochodzimy do wgłobienia (invaginatio iliaca ileo-colica), które wywołało inv. coeco-colica. Łatwe odpochwienie z wstępnicy, na końcu wychodzi obrzmiała kątnica z zagłębieniem kopuły. Niemożliwe odpochwienie ostatnich 5—6 cm. jelita krętego przez zastawkę Bauhina z powodu mocnego zaciśnięcia jelita.

Zrobiono: wyłonienie (antepositio) zagłoby, ileostomia powyżej wgłobienia. Ostatecznie zagłobę wycięto, wszczepiając w ranę i kikut jelita odprowadzającego (colon descendens). Pomimo bardzo krótkiego trwania operacyi duża zapaść. W pięć godzin po operacyi zejście śmiertelne.

Badanie preparatu wykazało, że przyczyną wgłobienia był polip wielkości orzecha laskowego na szerokiej podstawie, wychodzący z pod słuzówki jelita biodrowego. Błona słuzowa jelita wpochwionego uległa zupełnej zgorzeli.

Przypadek 31.

Józef S., lat 26, zachorował nagle po zjedzeniu dużej ilości wieprzowiny i wypiciu 2 szklanek piwa. Dostał bardzo gwałtownych boleści i wymiotów, miał rozwolnienie z początku z domieszką krwi, później zaś wychodziła prawie czysta krew. Chwilami ma czkawkę. Ciepłota nie zwiększona, tętno 96. W nadbrzuszu wyczuwa się poprzecznie leżący guz walcowaty, bolesny na dotyk.

Na 6 dzień choroby 22 maja 1911 r. operacya (Dobrucki). Typowe wgłobienie kątniczookrężnicze, łatwe odpochwienie, na końcu wychodzi

obrzmiała, pokryta zmętniałą otrzewną kątnica z wyraźnym zagłębieniem dna. Wyrostek prawidłowy. Zrobiono: wycięcie wyrostka, a później kolumnizację Delbet'a, i umocowanie wstępnicę kilkoma szwami do otrzewnej ściennej. Wyzdrowienie bez powikłań.

Przypadek 32.

Józef L., 15 lat, choroba powstała nagle przed 4 tygodniami, przysły gwałtowne bóle brzucha, wymioty po kilka razy dziennie i rozwolnienia ze krwią. Obecnie miewa okresowe bóle w brzuchu, powtarzające się po kilkanaście razy dziennie. W pierwszym tygodniu choroby wystąpiły liczne wybroczyny krwawe przeważnie na powierzchniach wyprostnych kończyn (okolice kolan i łokci); wybroczyny wielkości rozmaitej, od ziarnka maku do ziarnka soczewicy. Zupełny brak łaknienia, osobnik mocno wycieńczony. Przy badaniu widzimy: brzuch umiarkowanie wzdęty, podczas bólów okresowych spostrzega się wzmożony ruch robaczkowy jelit, guza nigdzie wyczuć nie można. Chora pozatem narzeka na niezbyt mocne bóle w stawach.

Po paru dniach stosowania okładów ogrzewających na brzuch stan ogólny znacznie poprawił się, bóle coraz rzadsze i o słabszem natężeniu, nowe wybroczyny występują w ilości bardzo nieznacznej. Na trzeci dzień po przybyciu do szpitala Ś-go Wincentego znaczne pogorszenie stanu ogólnego przy nasileniu wszystkich powyżej wskazanych dolegliwości.

Przy prawdopodobnem rozpoznaniu wglóbienu 21 sierpnia 1912 r. operacja (Dobrucki). Zaraz po otwarciu jamy otrzewnej spostrzegamy pętlę jelita krętego mocno zaczerwienioną, obrzmiałą na przestrzeni 12 cm., z nastrzykniętymi naczyniami, zmętniałą otrzewną. Granica tej zmienionej pętli i jelita zdrowego zarysowuje się bardzo ostro; dolna granica jelita chorego sięga na 15 cm. odległości od zastawki Bauhina; krezka, odpowiadająca opisywanej pętli, również nieco obrzękła, przekrwiona. Sądzić należy, że mamy do czynienia z wglóbieniem krętniczem, świeżo odpochwionem, może być — nawet pod wpływem narkozy.

Od czasu operacji nowych wybroczyn nie spostrzegaliśmy, wszelkie bóle ustały i pacjent wyzdrowiał.

Aczkolwiek w przypadku tym nie udało się nam dojrzeć samego wglóbienu, na zasadzie jednak objawów poprzednich i wyglądu jelita oraz krezki z całą pewnością rzec możemy, że tu miało miejsce wpochwienie jelita krętego.

Przypadek 33.

Pesa T., lat 44. Chora od 3 tygodni. Dostała bez żadnej widocznej przyczyny gwałtownych bólów brzucha. Przez cały czas trwania choroby miewała nieobfite płynne stolce ze śladami krwi, z wyglądu podobne do dyzenterycznych. Od 4 dni zupełnie zaparcie stolca, wiatry atoli odchodzą.

Obecnie wymiotuje często, brzuch mocno wzdęty. Cały prawy dół biodrowy wypełniony twardym, nieco sprężystym guzem. Tętno 120, słabe, ciepłota 36,5, język suchy — krótko mówiąc — objawy zapalenia otrzewnej. W odbytnicy wyczuwa się guz charakterystyczny dla wglóbenia.

D. 22 sierpnia 1911 r. operacja (szpital Żydowski — Modrzewski). Łatwe wydobycie zagłoby nazewnątrz. Jelito wPOCHWIAJĄCE bardzo zmienione; pośrodku tego ostatniego otwór zgorzelinowy, przez który całe jelito wglóbenie wypadło do wolnej otrzewnej. W jamie otrzewnej sporo mętnego, cuchnącego płynu, otrzewna trzewowa i ścienna bardzo przekrwiona, miejscami widzimy złogi włóknika, oraz zmętnienia śródbłonka. Po dokonaniu połączeniu jelita krętego z esicą (ileosigmoidostomia) całą zagłobę wycięto. Do jamy otrzewnej — worek Mikulicza, ranę zamknięto kilkoma szwami. Po 20 godzinach śmierć. Badanie preparatu wykazało zupełną zgorzel jelita wPOCHWIAJĄCEGO i wPOCHWIONEGO. Przędowała wycinowana kątńca.

Przypadek 34.

Stefan K., 9 lat, chory od 2 tygodni. Na trzy tygodnie przed tem zachorowaniem uległ mocnemu stłuczeniu brzucha, poczem przeleżał 2 dni w łóżku i zupełnie wyzdrowiał. Przed 2 tygodniami zachorował nagle: dostał gwałtownych bólów napadowych w brzuchu, ani rozwolnień, ani wymiotów nie było. Chory wogóle bardzo wycieńczony, tętno słabe o małym napięciu, ciepłota nie podniesiona. Brzuch mocno wzdęty, wzmożony ruch robaczkowy jelit występuje wyraźnie, wzmagający się przy każdym nowym napadzie bólów.

W prawem podżebrzu wyczuwa się guz elastyczny, walcowaty. Rozpoznanie — wglóbenie.

D. 27 października 1911 r. w szpitalu S-go Wincentego cięcie brzucha (Modrzewski). Łatwe wydobycie guza nazewnątrz, również łatwe odpochwienie, najpierw wysunęło się jelito kręte przez otwór Bauhina, a na końcu dopiero wycinowana kątńca ze zdrowym wyrostkiem robaczkowym (inv. ileocolica et coecocolica). Wyzdrowienie bez żadnych powikłań. Wobec ciężkiego stanu chorego dążeniem było jaknajprędzkie ukończenie operacji, nie wykonano przeto żadnego zabiegu zapobiegającego nawrotom.

Przypadek 35.

Franciszka K., 48 lat. Przed 7 tygodniami zjadła na noc sporo zupełnie świeżego chleba, w nocy, w 8 godzin po zjedzeniu, przyszły mocne bóle napadowe i rozwolnienie. Podczas bólów zjawiają się nudności, i chora oddaje trochę śliny, w stolcach było dużo śluzu, natomiast krew pokazywała się tylko kilka razy, przytem w niewielkiej ilości. Obfite wymioty miała zaledwie parę razy w samym początku choroby. Dęcia również były w samym początku choroby, obecnie znacznie mniejsze. Przybyła do szpi-

tala Ś-go Wincentego 14 maja 1912 r. Brzuch mało wzdęty, w prawem podżebrzu wyczuwa się guz o nieprawidłowych zarysach, sprężysty, bolesny na dotyk. Wyraźne kurczenie się guza przy dotykaniu i drażnieniu. Rozpoznano wgłobienie.

Operacja 14 maja 1912 (Dobrucki). Wgłobienie sięga do poprzecznicy, łatwe wydobycie guza nazewnątrz, również łatwe odpochwienie. Ostatnia wychodzi kątnica zgrubiała, pokryta zmętniałą otrzewną. Dno kątnicy zagłębione w postaci dna butelki, podczas drażnienia dna na poczekaniu powstaje wgłobienie wskutek zwiększającego się wycisowania kątnicy. Wyrastek robaczkowy obrzmiały, bez wybitnych zmian Odcięcie wyrostka. Przysycie ruchomej kątnicy oraz dolnego odcinka wstępnicy dwoma rzędami szwów węzłkowych nicianych do otrzewnej ściennej (tylnej, bocznej). Przebieg bez powikłań. Wyzdrowienie. Invaginatio coecocolica.

Przypadek 36.

Marya K., 48 lat. Chora od 6 tygodni. Dostała nagle gwałtownych bólów i wymiotów, czemu towarzyszyły częste płynne stolce śluzowe ze krwią. Po kilkodniowej względnej poprawie znów nastąpiło pogorszenie. Przybyła do szpitala Ś-go Wincentego 29 maja 1912 r. Brzuch mało wzdęty, w górnej części wyczuwa się guz charakterystyczny, sięgający do lewego podżebrza. Guz widoczny jest przez powłoki, leży poprzecznie.

D. 30 maja operacja (B. Sawicki). Szczyt wgłobienia sięga do zgięcia śledzionowego. Łatwe odpochwienie z początku, natomiast niemożliwe odpochwienie wycisowanego, obrzękłego dna kątnicy. Wobec czego dokonano wycięcia całego kąta krętniczokątniczego, oraz zespolono jelito kręte z wstępnicą. Przebieg bez powikłań. Wyzdrowienie. Inv. coecocolica.

Przypadek 37

Franciszek N., lat 50. Chory od 6 tygodni. Zachorował nagle; dostał gwałtownych bólów w brzuchu, wymiotów; stolec miewa ze krwią i dęciem. Na lewej stronie w podżebrzu wyczuwa się charakterystyczny, walcowaty guz. Chory na operację nie zgodził się. 5-go dnia pobytu w szpitalu nagle wystąpiły gwałtowne bóle brzucha, obfite wymioty, wzdęcie, zapasć i chory zmarł.

Badanie pośmiertne (Majewski — luty 1899 r.). Wgłobienie sięga do esicy. Pęknięcie esicy we wrotach wgłobienia. Peritonitis septica. Rodzaj wgłobienia ściśle nieokreślony.

Przypadek 38.

Stanisław G., zachorował nagle przed 4 tygodniami. Dostał gwałtownych bólów w brzuchu. Częste śluzoworopiaste stolce z zabarwieniem krwawem. Brzuch umiarkowanie wzdęty, w okolicy esicy wyczuwa się wal-

5. zum Busch. Centr. für Chirurgie. 1903.
6. Carver. Lancet. 1889. p. 171.
7. Cavaillon. Prov. médical. 1901, p. 277.
8. Clubbe. Brit. med. Journal. 1905, p. 1327.
9. Coleman and Kelloch. Trans. clin. society. London, 1897, 98, p. 227 (cyt. Lerner).
10. Délore. Du traitement des invaginations intest. chroniques. Revue de gynécologie et chirurgie abdominale. Juillet et Août, 1895.
11. Délore et Leriche. Sur la pathogenie et traitement de l'invagination intestinale. Revue de chirurgie. T. XXXVIII, 1908.
12. Devillechabrolle. Des invaginations appendico-coecales. Thèse de Bordeaux. 1908.
13. Dobrucki. Pamiętnik X zjazdu lekarzy i przyrodników we Lwowie. Tygodnik lekarski Lwowski „Przyczynek do chirurgii wglóbień“. 1907, str. 581 — 596.
14. Dobrucki. Pamiętnik zjazdu chirurgów Polskich w Warszawie 1910 r., str. 153. „Przyczynek do patologii i chirurgii wglóbień jelit“.
15. Döbeli. Purpura abdominalis. Korresp. für Schweizer Aerzte. 1908, № 7, 8, 9.
16. Eve. British. med. Journ. 1901, September.
17. Eichhorn. Falle von Invagination. Münchener Med. Woch. 1910, № 29.
18. Fitzwilliams. Intussusception. Study of 1000 cases. Lancet. 1908, p. 628.
19. Gerner. Traitement chirurgical des invaginations chroniques. Thèse de Paris. 1907.
20. Hall. Case of enteric Intussusception. Lancet. 1909, p. 1548.
21. Havillaud. Case of enteric Intussusception. Lancet. 1908, 4422, p. 1548.
22. Henle. Handbuch der Eingeweide und Gefässlehre. 1873.
23. Henoeh. Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 1895, p. 810.
24. Hirschsprung. Beobachtungen über Darminvagination im Kindesalter. Jahrbücher f. Kinderheilkunde. 1895, T. 39, Z. 4.
25. Jalaguier, ref. Centr. für Chirurgie. 1906, str. 203.
26. Kirmisson. Bulletins et mémoires de la société de chirurgie de Paris. 1896, № 29.
27. Kock i Oerum. Die Darminvagination in Kindesheilkunde. Mitteilungen aus den Grenzgeb. der Medicin und Chirurgie. T. XXV, Z. 3, 1912 r.
28. Kraus O. Zur Anatomie der Ileocoecalclappe. Archiv für Klin. Chir. T. 44, p. 410.
29. Kredel. Über die akute Darminvagination im Kindesalter. Mitteil. aus den Grenzgeb. T. XII, Z. V.
30. Leichtenstern. Über Darminvagination. Prager Vierteljahrschrift. 1873—1874 r.
31. Lett. Henochs purpura and Intussusception. Brit. Journal of Childr. Science. 1908.
32. Lorenz. Ein Beitrag zur Lehre von der Invagination. Deutsch. Zeitsch. für Chirurgie. T. 77, 1906.

33. Luschka. Die organische muskulatur innerhalb verschiedenen Falten des menschlichen Bauchfells. Arch. für Anatomie und Physiologie. 1862.
34. Matti. Über Darminvagination. Deutsche Zeit. für Chir. 1911. T. 110, p. 383.
35. Nothnagel Die Erkrankungen des Darmes und Peritoneums. Wien, 1898 r.
36. Obaliński. Zbiór prac wydanych ku uczczeniu pamięci Obalińskiego. 1899 r. Rutkowski: Niedrożność jelit na podstawie 150 przypadków.
37. Osmanski. Über Darminvagination. Arch. für Klinische Chirurgie. T. 96, str. 345, 1911 r.
38. Plettner. Darminvagination im Kindesalter. Münch. Med. Woch. № 24.
39. Propping. Über Mechanismus der Darminvagination. Mitteil. aus den Grenzgebieten. T. XXI. 1910 r.
40. Pykus. Henoch's Purpura Laparotomia. Lancet. 1909, p. 2294.
41. Sharky et Clutton. Amer. Journal of med. Science. September. 1892.
42. Sutterland. Gastrointestin. crises from effusion in to the Bowelwall. Lancet. 1909 r., p. 1807.
43. Treves. Intestinal obstruction. 1904.
44. Tonking. Henochs purpura whit Intussusception. Lancet. 1910, p. 802.
45. Toldt. Die Formbildung des menschlichen Blinddarmes und valvula coli. Sitzung. über Kaiser. Akad. der Wissensch. Wien. T. 103, 1894 r.
46. Vierchoff. St. Petersburger med. Woch. 1893 r., p. 320.
47. Walton. Intussusception. Practitioner. 1911, p. 186.
48. Weis. Intussusceptio intestinorum. Centr. für die Grenzgebiete der Chir. 1899.
49. Wilms. Der Ileus. 1906 r.
50. Zaaajer. Centr. für Chir. 1908, p. 1319 (ref.).

L e c z e n i e .

51. Braun. Cyt. u Wilmsa, str. 716.
52. Barker. Lancet. 1898, str. 1400.
53. Barącz. Przegląd Chirurgiczny. 1893/4 r., str. 595.
54. Collinson. Cent. für Chirurgie. 1997, p. 1529.
55. Eiselsberg. Centr. f. Chir. 1902. № 48.
56. Jesset. Lancet. 1890.
57. Israëł. Münch. med Woch. 1903, № 17.
58. König. Cyt. Gerner.
59. Lějars. Revue de gynécologie. 1897, № 6.
60. Leszczyński. Rzadki przypadek wgłobienia jelit operowany podług nowej metody. Pamiętnik II zjazdu chirurgów Polskich w Krakowie. 1891 r.
61. Maunsell. Cyt. Gerner.
62. Mikulicz. Arch. für klin. Chir. XXXVIII.
63. Oderfeld. O operacyjnem leczeniu wPOCHWIEŃ JELIT. Medycyna. 1899 r.
64. Paul. Lancet. 1895, p. 800.
65. Rosenthal. Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. T. LXXXVI, Z. III, str. 402, 1890 r.

66. Rydygier. *Medycyna*. 1895, str. 629.
67. Tandberg. Ref. w *Jahresber. über Fortschritte der Chirurgie*. 1909 r.
68. Winzelman. *Cyt. Gerner*.

Zapobieganie nawrotom.

69. Coffey. *Annale of Surgery*. 1907 r.
 70. Delbet. *Cyt. Gerner*.
 71. Mc Gregor. *Centr. für Chirurgie*. 1904, str. 119.
 72. Kader. Radliński: Rezekcyja kątnicy sposobem stosowanym przez Kadera. *Przegląd Lekarski*. 1907, № 42—52.
 73. Keetley. *Cent. für Chirurgie*. 1908, № 43.
 74. Körte. *Cyt. u Osmańskiego*.
 75. Ludloff. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten*. 1898 r.
 76. Passagie. *Inv. ileo-coecal. Policlinico*. 1905. Ref. *Centr. für Chir.* 1905, str. 478.
 77. Ray. *Cyt. Gerner*.
 78. Riedel. *Mitteilungen aus den Grenzgeb.* T. XIV, Z. I, II.
 79. Roser. *Cyt. u Déloze*.
 80. Rydygier. *Rocznik VII zjazdu lekarzy i przyrodn. pols. we Lwowie*.
Podał Majewski dwa przypadki oper. przez Rydygiera.
 81. Senn. *Annals of Surgery*. 1888.
 82. Szczypiorski. *Bulletins et mémoires de la société de chirurgie de Paris*.
1896, № 29.
 83. Toeplitz. *Jahresbücher für Kinderheilkunde*. 1898, Z. II, III.
-

Przyrząd prof. Perthesa do bezpośredniego drażnienia elektrycznością pnia nerwowego

podał

J. R A U M.

Z chwilą, gdy Aleksander Wood w Edynburgu 1853 r. wymyślił wydrażoną igłę do wstrzykiwań podskórnych, znieczulenie miejscowe pola operacyjnego wstąpiło na drogę uzasadnionego rozwoju. Zrazu próbowano znieczulenia za pomocą wstrzykiwania morfiny lub makowca. Środki te narkotyczne nie mogły atoli zadowolić chirurga, znieczulenie bowiem nie występowało miejscowo, lecz za pomocą działania ogólnego na cały ustrój, co wymagało dużych, trujących dawek.

Do spopularyzowania miejscowego znieczulenia najbardziej przyczyniło się wprowadzenie w ostatnich czasach silnie działającej, lecz nie trującej nowokainy, której działanie wzmacniamy dodaniem preparatów z nadnercza. Dziś rozporządzamy trzema następującymi sposobami znieczulenia miejscowego. Najstarszy zapewne jest sposób Schleicha-Reclus'a, wywołujący znieczulenie na drodze nacieczenia skóry. Używamy tego sposobu bardzo rzadko do znieczulenia skóry, tworząc w niej bąble.

Najbardziej rozpowszechnionym obecnie sposobem jest znieczulenie nasiąkowe lub miąższowe (Hackenbruch — Wiesbaden) słabym $\frac{1}{2}\%$ roztworem nowokainy z adrenaliną (Braun), paranefriną lub syntetycznie fabrykowaną suprareniną.

Najpierwszym a zarazem najdoskonalszym i najsubtelniej-

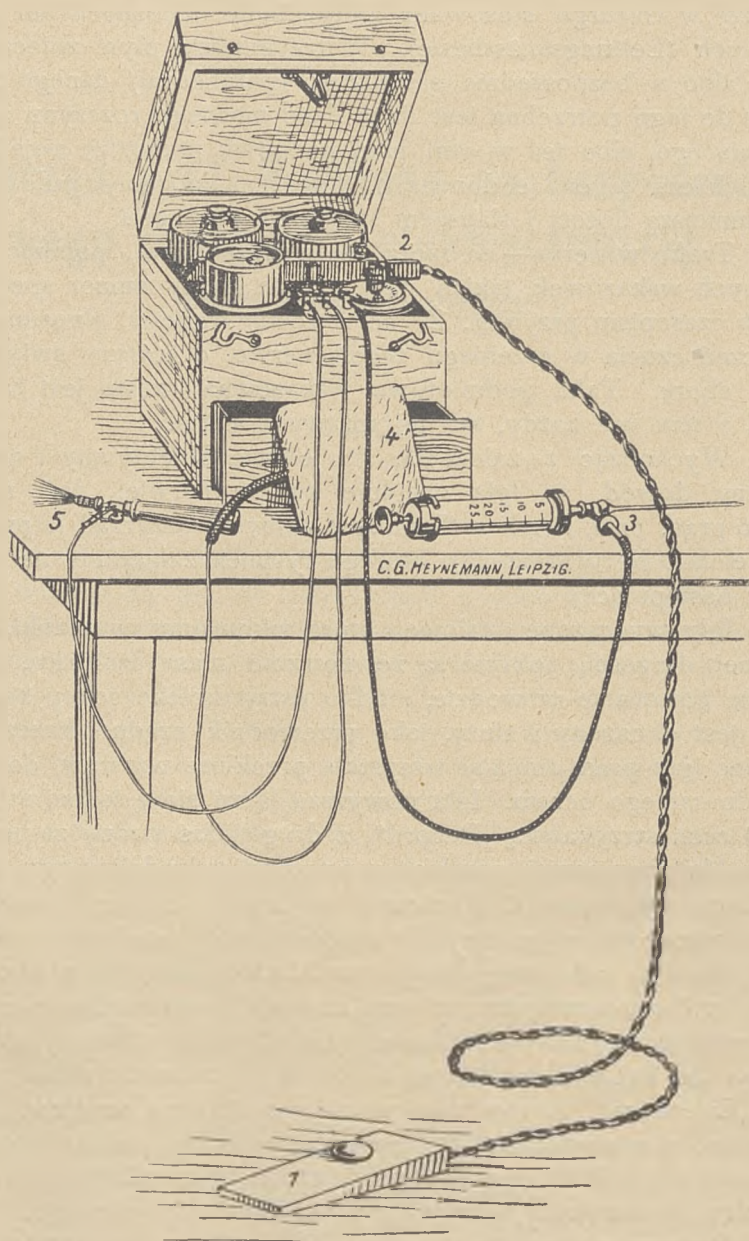
szym sposobem znieczulania miejscowego jest obecnie coraz szerzej w chirurgii stosowane znieczulenie odnośnych pni nerwowych (Leitungsanästhesie). Wstrzykujemy płyn znieczulający albo w bezpośrednie sąsiedztwo (paraneural) danego nerwu i do tego potrzebna jest duża ilość mocnego roztworu znieczulającego, albo też w sam pień nerwowy pomiędzy pojedyncze włókna tegoż (endoneural), przyczem możemy zadowolić się mniejszą ilością i słabszym stężeniem roztworu.

Trafić w nerw — to rzecz nie zawsze łatwa, pomimo tak licznych wskazówek, jakich nam prawie każdy numer specjalnych czasopism przynosi. Że nerw został trafiony, wnosimy ze zбоczeń czucia w przebiegu tegoż nerwu, o którym świadczy sam chory. Taka podmiotowa wskazówka często jest zawodna; o tem wie każdy, kto tej sprawy dotykał.

Wychodząc z założenia, że jedyny obiektywny i niezawodny dowód, że igła znajduje się w nerwie, dać może tylko prąd, prof. Perthes (Tybinga) obmyślił przyrząd (Apparat zur elektr. Nervenreizung), którego rysunek załączamy na stronicę następującej.

Igły wydrążone stalowe, które wkłuwamy w tkanki, dowolnej długości, pokryte są zewnątrz masą izolującą, znośną gotowanie w wodzie, i tylko ostry krótko ścięty koniec igły jest obnażony i służy, jako przewodnik prądu. Przez ten koniec igły prąd, omijając wszystkie przekłute warstwy, dostaje się do samego nerwu. Igła powyższa łączy się z jednej strony z 20 ccm. strzykawką „Record“, z drugiej zaś strony za pomocą kabla o gumowej powłoce z przyrządem indukcyjnym (o 2 suchych elementach). Ponieważ w handlu będące maszyny indukcyjne dają zbyt silny dla naszych celów prąd, przeto Perthes, idąc za radą swego asystenta Hartera, połączył powyższy kabel tylko z zewnętrznymi zwojami cewki wtórnej, wzmacniając prąd przerywany obracaniem śrubki, pomieszczonej tuż na prawo od kabla, wraz z którą to śrubką przesuwamy tak zwany „Eisenkern“. Ażeby mieć wolne ręce, można puszczać prąd za pomocą włącznika (1—2), leżącego na ziemi, naciskając nogą wystający guzik. Drugi duży włącznik (4) metalowy, pokryty tkaniną, zmoczywszy, przyłożyć należy na skórę chorego.

Przypuszczając, że obnażonym końcem igły trafiliśmy w nerw, naciskamy nogą guzik włącznika (1—2) i, jeżeli otrzy-



mamy drgania w odnośnych mięśniach, wstrzykujemy ze strzykawki płyn znieczulający, poczem, wyczekawszy dłuższą lub krótszą chwilę, stwierdzamy znieczulenie pola operacyjnego za pomocą pędzelka metalowego, złączonego z przyrządem indukcyjnym.

Rozumie się, że tak samo jak we wszelkich innych rękoczynach, i tutaj potrzebna jest pewna wprawa i doświadczenie osobiste. Nie należy przeto zrażać się, jeżeli z początku nie zawsze uda się nam otrzymać wyniki dodatnie. Muszę przyznać się, że nabierając coraz więcej doświadczenia, coraz mniej mam ujemnych wyników do zaznaczenia. Przyrząd Perthesa nadaje się przede wszystkim do znieczulań na kończynach, a również powinien znaleźć zastosowanie w chirurgii mózgowej. Należałoby także na większej liczbie przypadków systematycznie wypróbować wpływ prądu przerywanego, stosowanego bezpośrednio na nerw kulszowy we rwie kulszowej *).

*) Przyrząd powyższy wyrabia C. G. Heynemann w Lipsku, Elsterstrasse, 13. Kosztuje 80 marek

STRESZCZENIA.

I. CHIRURGIA.

Klapp. *Chirurgia fizyologiczna.*

Postępy chirurgii mają swą podstawę nietylko w rozwoju aseptyki i techniki, lecz również i w tem, że dostosowujemy nasze zabiegi do t. zw. fizjologii patologicznej narządów, t. j. staramy się unikać wszystkiego, co danemu narządowi zaszkodzićby mogło, natomiast naśladowujemy stosunki naturalne. Tak np. w operacjach zapalenia otrzewnej porzuciliśmy już niefizyologiczną tamponadę i wykładanie trzew, staramy się natomiast podtrzymać ciśnienie w jamie brzusznej. Ten sam cel ma idea Sauerbrucha w operacjach w klatce piersiowej.

Podobnie, operując, szanujemy obecnie nerwy, ścięgna i stawy, starając się stworzyć dla nich o ile możności warunki fizyologiczne. Podobnie nasze cięcia operacyjne stały się obecnie więcej „fizyologiczne“. W leczeniu ran również nastąpił zwrot ku fizjologii: szanowanie tkanek i ziarniny.

Również w przeszczepianiu unikamy obecnie ciał obcych, a zastępujemy je tkankami, wziętymi z ustroju. Z pewnością — chirurgia osiągnie jeszcze lepsze wyniki, jeżeli starać się będzie nadal usuwać wszelkie szkodliwe, nie fizyologiczne czynniki w operacjach, względnie łagodzić ich zgubne działanie, co odnosi się nietylko do samych zabiegów, ale także do uspienia, opatrywania ran i walki z zakażeniem.

(*Münch. med. Woch. № 15. 1913.*)

A. KLĘSK.

Vogel. *Ogólna astenia tkanki łącznej i jej stosunek do gojenia się ran i tworzenia się blizn.*

W r. 1904 zwrócił uwagę Bier na fakt, że dają się spostrzegać cierpienia, które nie polegają na schorzeniu danych narządów, lecz są objawem ogólnego osłabienia ustroju. Należą

tu: skrzywienia kręgosłupa, coxa vara, genu valgum, pes planus, przepukliny, żyłaki, guzy krwawnicowe, opadnięcia trzewi i wypadania narządów, rozedma, brzuch obwisły i t. p. Zwykle też u takich osób spotyka się po kilka nieraz tego rodzaju cierpień, jako wyraz astenii tkanki łącznej.

Z polecenia Biera zajął się V. tą sprawą, i studyował ją dalej, przyczem deszedł do kilku zajmujących spostrzeżeń. Otóż przekonał się, że u wspomnianych osób ta astenia objawia się także typowo w nieprawidłowem gojeniu się ran. I tak, wszelkie złamania kości goją się tu wolno, lub nieprawidłowo, rany okazują bardzo słabe ziarninowanie, goją się długo a blizny są bardzo wątłe i łatwo rozchodzą się. Tem też tłumaczyć sobie należy nawroty po najdokładniejszych operacjach np. przepuklin. Osoby podobne, prócz wspomnianych cierpień, okazują często jeszcze dość typowe cechy: bladość skóry, sinicę kończyn i chłudość tychże.

Na razie sprawa ta nie jest jeszcze dla nas zupełnie jasna, lecz i tak możemy wysnuć tu parę cennych wniosków i wskazówek leczniczych:

1) Jeżeli u danego osobnika spotkamy kilka wspomnianych cierpień na raz, należy z wszelkiem prawdopodobieństwem przypuszczać astenię tkanki łącznej.

2) W podobnym przypadku musimy być przygotowani na to, że gojenie się tkanek po zranieniach i operacjach, zwłaszcza wytwórczych, będzie nieprawidłowe.

3) W zabiegach używać należy zamiast zwykłego szwu sposobów więcej pewnych, np. w przypadku nerki wędrującej umocowania na żebrze, a w przepuklinach — zakrywania plastycznego.

4) Po operacjach brzusznych powinni tacy chorzy leżeć w łóżku spokojnie dłużej, niż wszyscy inni, unikać należy u nich do szycia materiału zbyt szybko wchłaniającego się.

5) Rokowanie tu należy robić wogóle bardzo ostrożnie, zwłaszcza co do czasu zagojenia się.

(Münch. med. Woch. № 16. 1913).

A. KLĘSK.

Bergeat. *W sprawie postępowania w ranach ziarninujących.*

Znakomite wyniki w leczeniu ran ziarninujących osiąga B. za pomocą traktowania tychże wysuszaniem prądem suchego powietrza z odpowiedniego aparatu. Wydzielina szybko ustaje, rana zmienia się w gładką, skłoną do gojenia się powierzchnię. Na samą ranę nie kładzie B. bezpośrednio opatrunku, lecz wokoło pierścień z filcu, a na to dopiero gazę, by ta do rany nie przylepiła się.

Leczenie to nadawać się będzie również znakomicie po oparzeniach i jako przygotowanie do przeszczepienia.

(*Münch. med. Woch. № 25. 1913*).

A. KLĘSK.

Kohlschüiter. *Słowo w sprawie wczesnego wstawania po operacjach brzusznych.*

Na mocy doświadczenia własnego — autor był operowany z powodu ciężkiej przepukliny pachwinowej, w połączeniu z cięciem brzucha — zachęca autor do zalecania chorym wczesnego wstawania po operacjach brzusznych.

K. mimo lekkiej gorączki (37,9) wstał w dwa dni po operacji, gorączka znikła, zjawił się stolec, wróciło łaknienie i siły szybko też powracały. W 6 dni po operacji objął K. już swój oddział, a w 10 dni czuł się zupełnie zdrowym.

Autor uważa za przesąd, że rana po operacji, zwłaszcza przepukliny, wymaga dłuższego spokoju. Owszem, ten spokój powoduje to, że gojenie się następuje w nienaturalnym położeniu, a właśnie wczesne ruchy zapobiegają późniejszemu naciąganiu się przykurczonej blizny.

Wiemy dobrze, jak chodzą chorzy po 3 tygodniach leżenia, przykurczeni, obawiający się forsowniejszego ruchu i wyprostowania. Mimo leżenia a raczej wskutek leżenia tworzą się potem nawroty przepukliny.

W szpitalu, gdzie K. funkcjonuje jako asystent, wszyscy chorzy (naturalnie są wyjątki) wstają — o ile możliwości — w drugim dniu po operacji i w trzy tygodnie opuszczają zupełnie zdrowi i silni szpital.

(*Münch. med. Woch. № 25. 1913*).

A. KLĘSK.

Harnack. *Zgorzelinowa utrata zdrowego ramienia, spowodowana podskórnym wstrzyknięciem chloroformu, przez pomyłkę za eter wziętego.*

Smutny przypadek a bardzo pouczający, w którym autor występował jako znawca. Pewien lekarz, chcąc wykonać u swej chorej, cierpiącej od dłuższego czasu na ropienie lewego przedramienia — operację, wstąpił przedtem do apteki po eter i chloroform. Środki te wydano w jednakich fiolkach, przyczem etykiety zamieniono. Do uspienia przybył drugi lekarz z maską i swoim chloroformem. Z początku zaczął asystent usypiać rzekomym aptecznym chloroformem, ale gdy to nie szło, uspił chorą chloroformem swoim. Z powodu zapadu operator wstrzyknął podskórnym w prawe przedramię rzekomy eter,

a raczej $1\frac{1}{2}$ —2 ccm. chloroformu. Następstwem tego była zgorzel przedramienia zdrowego i amputacja.

Chora po wyzdrowieniu zaskarżyła aptekarza i lekarza operującego, tego ostatniego zaś za to, że nie przekonał się mimo, że uśpienia rzekomym chloroformem nie można było dokonać, co wstrzykuje, co jednak łatwo po zapachu mógł rozpoznać. Sąd na mocy orzeczenia znawców uwolnił lekarza, albowiem trudno jest, by lekarz w czasie niebezpieczeństwa podczas operacji dopiero badał, czy z apteki dano mu dobry lek. W aptece też należy bardzo zwracać uwagę na to, co wydaje się, zwłaszcza jeżeli ekspeduje się leki w zupełnie jednakich naczyniach.

Zachodzi teraz pytanie, czy rzeczywiście wstrzyknięcie podskórne $1\frac{1}{2}$ ccm. chloroformu może mieć tak zgubne skutki. Już zaraz po wstrzyknięciu zjawily się silne bóle, zaczerwienienie, potem obrzęk, zakrzep i ostry stan zapalny całego przedramienia — krótko mówiąc: objawy ropówki i zgorzeli t. zw. aseptycznej. W poprzednim wieku stosowano podskórnie chloroform i właśnie zarzucono go z powodu lichych, a podobnych następstw. Nawet wyskok absolutny wywołać może w tkankach podobne skutki. Eter szybko paruje i znika dlatego prędzej z tkanek, choć tu i ówdzie i on wywołać może zgorzel tkanek.

Podobnie działa w tkankach olejek terpentynowy.

(*Klin. Therapeut. Wochenschr. № 12. 1912.*)

A. KLĘSK.

Loewe. *O wszczepianiu skóry w miejsce wolnego przeszczepiania powięzi.*

Plastyka нефизиologiczna t. j. ciałami obcemi znajduje coraz mniejsze zastosowanie. Kość słoniowa wgaja się, ale z czasem staje się zbyt krucha. Próby z rogiem są jeszcze zamłode. Najliczniejsze zastosowanie znalazło przeszczepianie powięzi, skoro otrząsnęliśmy się z przesądu, że powięź łatwo obumiera i jest bardzo podatna na zakażenia. Ideałem przeszczepiania jest jednak, by mieć materyał do uzupełnienia tuż przy ranie, a do tego jedynie nadaje się skóra. I tu również panował dotąd przesąd i obawiano się używać skóry do plastyki wewnątrz ciała — bo skóry nie można nigdy odkazić zupełnie. Na mocy swych doświadczeń L. twierdzi, że raz trzeba zerwać z tym przesądem. W 9 przypadkach użył on skóry do różnych plastyk (uzupełnianie ścięgnię pasami skóry, zasłanianie przepuklin płatami skóry i t. p.) i z wyników był zadowolony, skóra wgajała się w głębi znakomicie. Postępuje L. w ten sposób, że stronę naskórkową skóry zeskrobuje aż do skóry właściwej

(corium) i jodynuje, a wewnętrzną uwalnia z tłuszczu, jak do plastyki Krausego.

Próby te zachęcają do szerszego używania skóry do głębszych plastyk.

(*Munch. med. Woch. № 24. 1913*).

A. KLĘSK.

Schlesinger. *Leczenie opadnięcia żołądka za pomocą klinowatego wycięcia środkowej części tegoż.*

Dotychczas znane są następujące metody operowania opadnięcia żołądka: a) zespolenie żołądka z jelitem; wskazaniem do tej operacji oprócz wrzodu żołądka jest utrudnione przejście treści żołądkowej przez odźwiernik; cel — utworzenie nowej drogi. W opadnięciu żołądka stwierdzono za pomocą prześwietlenia promieniami Röntgena, że ruchy żołądka są zupełnie prawidłowe i przeszkód w odźwierniku niema. A zatem — swoim głównym zadaniem w tym razie zespolenie żołądka z jelitem nie odpowiada.

Pozatem, po zespoleniu żołądek opuszcza się i pociąga za sobą przymocowane zgięcie dwunastniczojelitowe (flexura duodeno-jejunalis) i wywołuje niedomagania w dwunastnicy i jelicie czczem. Wiotkość żołądka i rozszerzenie jego pozostają. Rozciągnięte więzy również nie wracają do stanu prawidłowego. Rovsing uważa gastroenterostomię za wielki błąd, ponieważ we wszystkich swoich przypadkach otrzymał wyniki niepomyślne. Schlesinger również nie radzi dokonywać tej operacji.

Co się zaś tyczy b) przytwierdzenia żołądka do ściany brzusznej (gastropexis), to Kausch i wielu innych, szczególnie niemieckich, autorów nie uznaje jej. Tymczasem Rovsing usilnie radzi tę operację, opierając się na bardzo licznych przypadkach, zakończonych wynikiem pomyślnym. Technika operacji polega na tem, że nakłada się w kierunku poziomym potrójny rząd szwów, równoległych do obu krzywizn żołądka, i odświeża surowicówkę pomiędzy szwami, ażeby przyrost do ściany brzusznej był mocniejszy. Wobec tego należałoby spodziewać się ciężkich zaburzeń ruchowych wskutek przyrostu żołądka do ściany brzusznej. Tymczasem ze 126 operowanych chorych Rovsing wykazuje zupełne wyleczenie w 92 przypadkach. W wielu z nich po upływie 10 lat po operacji stwierdzono zupełne opróżnianie się żołądka już w przeciągu 8 godzin po próbnym obiedzie.

Bier, Stengel i Beyer proponowali c) skrócenie więzów żołądka, mianowicie wątrobowożołądkowego i wątrobowodwunastniczego. W opadnięciu żołądka więzy są wszakże tak roz-

ciągnięte, tak cienkie i często tak podziurawione, że niemożliwe jest nałożenie na nie szwów. Jeżeli nawet operacja udała się, w krótkim czasie następuje ponowne rozciągnięcie więzów wskutek ciężaru pełnego żołądka.

d) Wycięcie odźwiernika i podana przez Coffeya operacja, polegająca e) na przyszyciu sieci do przedniej ściany brzusznej na wysokości krzywizny wielkiej, innemi słowy — na wytworzeniu jakby przepony, składającej się z sieci, poprzecznic i krezki poprzeczniczej, co razem wzięte powinno podtrzymywać żołądek. Wyniki tej operacji atoli nie są pomyślne.

Podane są jeszcze f) zeszyicie żołądka (gastroraphia) i g) sfałdowanie żołądka (gastroplicatio) w wielu odmianach.

Za pomocą badań nad kształtem i czynnością żołądka przekonano się, że narząd ten w opadnięciu wydłuża się. Wydłużona część zostaje wolna od zawartości i nie bierze udziału w ruchu robaczkowym. Część odźwiernikowa jest zupełnie prawidłowa. Ponieważ wydłużona część żołądka nie tylko nie bierze udziału w jego czynności, lecz jest zarazem przyczyną wszystkich dolegliwości, wynikających z ucisku żołądka na sąsiednie narządy, niektórzy badacze powzięli myśl h) usunięcia jej. Za pomocą usunięcia środkowej części żołądka, wielkości $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$, nawet połowy całego narządu, zyskujemy:

1. Skrócenie żołądka do naturalnej wielkości.
2. Usunięcie przewężenia w miejscu, gdzie jedna ściana przylega do drugiej.
3. Zmniejszenie, nawet usunięcie, kopuły ponad przewężeniem.
4. Powrót wszystkich innych narządów brzusznych do prawidłowego położenia.

Opierając się na 2 operowanych z pomyślnym wynikiem przypadkach, autor przychodzi do następujących wniosków:

1. Należy wycinać środkową część żołądka jaknajdalej od odźwiernika, o ile tylko pozwalają na to warunki techniczne. W ten sposób zostawiamy tę część żołądka, która ma dobrze zachowaną warstwę mięśniową.
2. Wycinać tylko tyle ściany żołądka, ile jest potrzebne, i niezbyt wiele śluzówki, co znowu jest bardzo ważne dla czynności wydzielniczej żołądka.
3. Należy nadać żołądkowi jego prawidłowy kształt.
4. Trzeba starać się, by obcięte części żołądka miały jednakowe światła, tak by je można było ze sobą zeszyć. Wtedy unikamy technicznych trudności i w przyszłości nie tworzą się w żołądku kieszenie i zatoki.

Czy należy wycinać część żołądka w razie zupełnego braku atonii, autor nie może rozstrzygnąć. Podług jego zdania,

w przypadkach, gdzie ruch robaczkowy żołądka jest mało zmieniony, dolegliwości są tak nieznaczne, że operacja jest wogóle wtedy zbyteczna.

(*Mitteilungen aus den Grenzgeb. der Medicin und Chirurgie 1912. T. 25*).

MIKICIŃSKI.

Finsterer. *O odślanianiu nienadających się do operacji raków żołądka, celem naświetlania ich promieniami Röntgena i o wynikach przez to osiągniętych.*

Jeżeli zważy się, że mimo postępu dyagnostyki liczba raków, nadających się do operacji na żołądku, jest bardzo mała, powitać należy z radością każdy sposób, dążący do sprawienia choćby ulgi chorym. Do takich należy odślanianie raków żołądka i naświetlanie ich promieniami Röntgena. Aby to naświetlanie było skuteczne i dokładne, F. postępuje nieco inaczej, niż radzą Werner i Caan, a mianowicie, po wykonaniu środkowego cięcia brzucha w znieczuleniu miejscowem, wykonuje F. połączenie żołądka z jelitem o ile możliwości najwięcej na stronie lewej, a potem przecina oba mięśnie proste razem z otrzewną poprzecznie aż do łuku żebrowego, na 2—3 palce nad pępkiem, przez co udostępnia zupełnie dojście do żołądka, tak że naświetlać można potem nawet i tylną ścianę, jeżeli do tego jeszcze płaty wątroby umocuje się przy łuku żebrowym. Również należy odślonić także wiąz żołądkowookrężniczy, bo w nim często są zajęte gruczoły chłonne. To szerokie odślonienie nie sprawia potem żadnych niepomyślnych następstw, a rana goi się zupełnie dobrze sama, należy tylko skrupulatnie nakładać plastrowe opatrunki.

Samo naświetlanie znów wykonuje F. w ten sposób, że zaczyna je dopiero po tygodniu od czasu operacji miękkimi lampami z odległości 20—25 cm. z nasileniem 1—1½ H. Naświetlania te powtarza co 3—4 dni 8—10 razy ogółem, zwiększając stopniowo dawkę. Naturalnie, okoliczne części trzeba osłonić. Zwykle guz znika potem, żołądek pokrywa się ziarniną i wtedy F. przechodzi do lamp twardych, używając już 5 H. raz na tydzień, a potem raz na 2 tygodnie. Zaprzeczyć się nie da, że nieraz osiągnąć można przy tem leczeniu wyniki bardzo dobre, bo zupełne zniknięcie guza i poprawę stanu ogólnego, a co najważniejsza, znaczne przedłużenie życia. Nie można tego odnieść do połączenia żołądka z jelitem, bo tu skutek korzystny i przedłużenie życia trwa co najwyżej przeciętnie 6—7 miesięcy, zaś po naświetlaniu do 18 miesięcy i dłużej, a kto wie czy nie uda się osiągnąć jeszcze lepszych wyników. Na przeszkodzie stoją tu przerzuty, istniejące już w innych narządach, na które naświetlanie działa mniej pewnie.

Naturalnie, o ile możliwości trzeba wycinać raka, jeżeli się jednak nie da, zastosować naświetlanie, a potem poprzez je chemoterapią.

(*Münch. med. Woch. № 16. 1913*).

A. KLĘSK.

Meyer. *W sprawie leczenia zwichnięć obojczyka.*

W razie zadawnionego zwichnięcia obojczyka przy łopatce, trzeba postępować operacyjnie (umocowanie z pomocą szwu jedwabnego, srebrnego lub zbicie). Natomiast w zwichnięciach świeżych dobre usługi oddaje po odprowadzeniu ucisk balonikiem gumowym, przymocowanym nad stawem plastrem podług Voelkera.

W zwichnięciach obojczyka przy mostku o ile zwykle łatwo odprowadzić zwichnięcie, o tyle potem trudno je zatrzymać na miejscu tak, że i tutaj musimy uciec się do operacji i to albo do szwu, albo — co lepiej — podług Voelkera przyszywamy część mostkową mięśnia piersiowego razem z powięzią do przyczepu obojczykowego mięśnia mostkowsutkowoobojczykowego, poczem na pewien czas ustalamy kończynę w stawie barkowym w opatrunku.

(*Deutsch. Zeit. f. Chirurg. 119. Z. 5—6*).

A. KLĘSK.

Kamptz. *Podwójne zwichnięcie obojczyka.*

Podwójne zwichnięcie obojczyka wystąpić może wtedy, gdy oba końce jednej kości wyskoczą ze swego połączenia, lub gdy ulegną zwichnięciu oba obojczyki. Uszkodzenia te należą do rzadkich. Częściej wyskakuje obojczyk na jednej stronie. Zwykle przyczyną jest silny uraz, np. uderzenie ciężaru w plecy przy ustalonym barku po stronie przeciwnej, dalej — przejechanie i t. p. Obojczyk ulegnąć może zwichnięciu przed lub poza mostek. Leczenie w razie przypadłości (ból, duszność i t. p.) operacyjne, zresztą zachowawcze. Pe operacjach nieraz nawroty.

Do rzadkich tego rodzaju uszkodzeń dodaje autor swój przypadek: luxatio claviculae ambilateralis praesternalis, powstałe po przejechaniu wozem. Leczenie zachowawcze, bo obojczyki ustaliły się w nowej pozycji bez objawów, a stan ogólny pacjenta był ciężki.

(*Medizin. Klinik. № 25. 1913*).

A. KLĘSK.

Pürckhauer. *O uszkodzeniu więzadeł krzyżowych kolana.*

Uszkodzenia więzadeł krzyżowych kolana są wprawdzie rzadkie, ale znać je trzeba, bo powodują one poważne zaburzenia, objawy przytem są wcale typowe. Więzadła te są tak silne, że uszkodzenie ich powoduje zwykle równocześnie oderwania chrząstek, a nawet — części kości.

Powstać mogą one na kilka sposobów:

1) skutek nadmiernego wyprostowania kolana, przyczem pęka zwykle więzadło przy kości udowej i to tylne, skutek czego udo przesuwają się w kolanie ku przodowi, lub, gdy oderwie się więzadło przednie, udo przesuwają się ku tyłowi.

2) uszkodzenie wskutek nadmiernego zgięcia, zwłaszcza, gdy przypadkowo wejdzie pod zginające się kolano jakieś ciało, powodujące zwiększenie się dźwigni i zgięcia. Pęka tu zwykle więzadło przednie.

3) uszkodzenie, powstałe wskutek równoczesnego zbyt silnego wyprostowania i mocnej abdukcji na zewnątrz. Towarzyszy temu zwykle uszkodzenie wewnętrznej łąkotki. Rzadziej już powstaje uszkodzenie przez addukcję i wtedy więzadła pękają odwrotnie.

4) uszkodzenie, powstałe przez rotację podudzia względem uda.

Po wypadku zjawia się prócz bólu zupełna niemożliwość używania kolana i wewnątrzstawowy wysięk. Potem, gdy objawy ostre znikną, zjawia się przy ruchach także przesuwanie się podudzia względem uda ku przodowi, lub ku tyłowi. Z czasem chorzy zaczynają chodzić, ale męczą się szybko, zwłaszcza stąpając po gruncie nierównym.

Często wśród chodzenia wyskakuje „kolano“, co zwykle powoduje silny ból.

Przy wyprostowaniu kolanie nie czuje się bocznych wahań stawu, częściej już przy zgięciu.

Badanie promieniami Röntgena wykazuje często nierówności, oderwania drobnych części i t. d.

Leczenie zachowawcze nie zawsze prowadzi do celu, bo trudno jest, by więzadła same się dobrze zrosły, natomiast wczesne zeszyte operacyjne nieraz oddaje bardzo dobre usługi. Natomiast, co bardzo często wydarza się, pacyenci zgłaszają się już w okresach późniejszych i wtedy trzeba już bardzo namyślać się nad operacją, bo może dać ona skutek ujemny co do czynności.

Pozostaje wtedy tylko nałożenie aparatu, wstrzymującego zbytnie prostowanie się kolana, a przez to zapobiegające nadwichnięciom.

Erlacher. *W sprawie leczenia bocznych skrzywień kręgośłupa opatrunkami gipsowymi podług Abbotta.*

Sposób Abbotta uważa E. za jeden z najlepszych i najprędzej prowadzących do celu. Trzeba tylko przedtem pacjentów wyćwiczyć w oddechaniu stroną wklęsłą, a po ukończeniu gipsów podać sznurówkę w położeniu nadmiernem w stronę zdrową. Wyniki leczenia E. uważa za trwałe, a nie chwilowe zniekształcenia, jak inni twierdzą.

Nie nadają się do tego leczenia ustalone podwójne skrzywienia o krótkich łukach, ostrokończasty grzebieniowaty garb żeber i silne skoliozy w prawą stronę (ze względu na serce).

Pacjenci Abbotta są już leczeni, a raczej wyleczeni od 2 $\frac{1}{2}$ lat. Sposób ten, podług Erlachera, daje wyniki, jakich dotąd żadnym innym nie dało się osiągnąć.

(*Münch. med. Woch. № 24. 1913*).

A. KLĘSK.

Stieda. *Przyczynek do sprawy zakrzepu tętnic krezkowych.*

Zajmujący przypadek, podany przez autora, dotyczy 34 letniego lekarza, który od 6 lat oddawał się alkoholizmowi, przyczem doznawać miał przypadłości wrzodu żołądka. Rano dnia opisanego przyszedł piechotą do kliniki chorób nerwowych z prośbą o wstrzyknięcie salwarsanu z powodu nieznośnych „kryz żołądkowych“, jak to u siebie rozpoznał (przebywał przed 13 laty kiłę).

Tymczasem w czasie pobytu zjawiły się wymioty kałowe, gorączka 39°, wobec czego pacyenta przeniesiono do kliniki chirurgicznej, gdzie znalazł S. objawy niedrożności kiszek, wolny płyn w jamie brzusznej, odbijania, stale tętno 130, wogóle stan poważny.

Operacja zaraz w znieczuleniu miejscowem z cięcia pararektalnego na stronie prawej (z powodu ew. podejrzenia appendicitis); znaleziono w jamie brzusznej płyn mętnokrwawy a dalej sinoczarne zabarwienie prawie wszystkich kiszek cienkich i jelita ślepego. Rozpoznano zakrzep tętnicy krezkowej i wobec bardzo złego stanu chorego zaniechano wszelkiej dalszej interwencji — śmierci.

Sekcyja wykazała zupełne zaczopowanie tętnicy krezkowej górnej tuż przy odejściu od aorty, zapalenie otrzewnej, zmiany marskości w nerkach, stłuszczenie wątroby, przerost i zmiany w mięśniu sercowym i t. p. Przyczynę zakrzepu upatruje S. w endarteriitis luetica.

Najtypowszym symptomem zakrzepu tętnicy krezkowej jest bardzo silny ból, nieraz natury kolkowej, ew. stolce krwawe

i objawy niedrożności kiszek. Rozpoznanie zwykle jest bardzo trudne, a rokowanie bardzo liche.

(*Tow. Lekarskie. Halla. I. 1911*).

A. KLĘSK.

Wiewiórowski. *Przyczynek do leczenia tętniaków z pomocą szwu naczyń (idealna operacja tętniaka).*

Wobec udoskonalenia szwu naczyń możemy obecnie kuścić się już o idealną operację tętniaków. Matas zaleca naciąć worek, skrzepy wygarnąć i po zaszyciu ubocznych naczyń, wpadających do worka, zmarszczyć worek szwami. W ten sposób do roku 1908 podług Matasa operowano 85 przypadków (2,3% śmiertelności i 4,6% zgorzeli). Garré gani ten sposób, albowiem sztywne ściany worka nie dają się dobrze fałdować.

Ideałem naszym jest wycięcie worka i zeszytie okrężne kikutów, ew. z pomocą plastyki. Heller zestawiał 13 podobnych operacji, autor donosi zaś o przypadku tętniaka wskutek postrzału naczyń biodrowych, gdzie Küttner wyciął żyłę biodrową, a tętnicę i drugą żyłę zeszył bocznie z dobrym bardzo skutkiem.

Przed operacją próbować zawsze należy leczenia uciskiem. Delbet zestawiał 111 w ten sposób leczonych tętniaków, z czego w 76 osiągnięto wyleczenie, w 5 pęknięcie. Wölfler do ucisku tętniaka uda używa pięty drugiej kończyny chorego w odpowiednim opatrunku.

Ogółem obecnie mamy 18 przypadków idealnej operacji tętniaków. Niezmiernie ważna jest tu: delikatna technika, jałowość i stosowny materiał do szycia.

(*Medizin. Klinik. №. 5. 1912*).

A. KLĘSK.

Goecke. *Wyluszczenie tętniaka tętnicy podkolanowej i zastąpienie ubytku wolnem przeszczepieniem żyły podskórnej uda.*

G. opisuje przypadek tętniaka tętnicy podkolanowej ze zmianami troficznymi palców. Tętniak usunął G. w uspieniu, poczem pozostał ubytek w tętnicy 8 cm. długi. Do pokrycia go użył G. części vena saphena z drugiej kończyny. Kikuty tętnicy prowizorycznie zamknięto przytem zaciskadłami Höpnera. Wszystkie okrężne żyły. Z początku wynik bardzo dobry, owrzodzenia palców pogoiły się, powstała przetoka pod kolaniem, która w końcu doprowadziła do ropówki kończyny.

W 8 miesięcy śmierć sercowa. Sekcja wykazała, niestety, w miejscach połączenia tętnicy z żyłą skrzepy. Mimo tego nie

powinno to odstraszać od dalszych prób, bo bezwarunkowo daje się nieraz osiągnąć dobre wyniki, choćby, jak twierdzi Lexter, chwilowe, wystarczające jednak do utrzymania krążenia aż do czasu wytworzenia się krążenia obocznego.

Żyła bardzo często grubieje i staje się zupełnie podobna do tętnicy.

(*Medizin. Klinik.* № 3. 1912).

A. KLĘSK.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

I. POSIEDZENIA CHIRURGICZNE.

Posiedzenie dnia 24 października 1912 r.

1. *Wertheim.* Przypadek kamicy żółciowej, operowany bez sączkowania dróg żółciowych i jamy otrzewnej.

2. *Kryński.* Przypadek zaburzeń pęcherza moczowego na tle gruczolu krokowego (prostatismus), wyleczony zapomocą przyszycia nadłonowego pęcherza moczowego (cystopexia suprapubica).

3. *Zembrzuski.* Z kazuistyki obłoniaków.

1. *Wertheim* przedstawił chorą 56-letnią, która w ciągu ubiegłych 2-3 lat miała dwa silne napady bólów w prawym podżebrzu z wymiotami i umiarkowaną gorączką. W przerwach pomiędzy napadami czuła się względnie dobrze, ale w ostatnim czasie zaczęła znowu doznawać prawie stale bólów i ciężenia w miejscu wspomnianem. Badanie wykazało opadnięcie trzewi i dolną granicę wątroby wyczuwalną na wysokości pępka. Rozpoznano kamicy żółciową, zarośnięcie lub zatkanie przewodu pęcherzowego przez kamień. Chora zdecydowała się na zabieg operacyjny, który wykonano 9 października 1912 r.

Cięcie poprzeczne na wysokości 1 palca powyżej pępka, z przecięciem prawego m. prostego. Wątroba bardzo opuszczona, żadnych zrostów pęcherza z otoczeniem. Pęcherz wypełniony umiarkowanie płynem jasnym, w szyi—względnie w przewodzie pęcherzowym—tkwi spory kamień. Po wyosobnieniu przewodu pęcherzowego poniżej kamienia przecięto przewód, następnie podwiązano gałązki tętnicy pęcherzowej i usunięto bez trudności całkowicie pęcherz wraz z częścią przewodu pęcherzowego, w której tkwił kamień. Przewód okazał się zarośnięty, wobec czego nie zgłębnikowano go, a tylko obmacano dokładnie przewód żółciowy wspólny, kamienia w nim nie wyczuto. Brzegi łożyska pęcherza na dolnej powierzchni wątroby zespolono szwem ciągłym i jamę brzuszną zaszyto całkowicie. Chora

zagoiła się za pomocą rychłozrostu. Wydobyty kamień jest wielkości jaja gołębiego, składa się prawie z czystej cholestearyny. Pęcherz był wypełniony cieczą jasną, przezroczystą, badanie wykazało przewlekłe zapalenie.

W. przedstawił przypadek powyższy jedynie dla tego, że w technice operacyjnej odstąpił od szablonu, wprowadzonego przez Kehra, dla którego „operacja normalna“ w każdym przypadku kamicy dróg żółciowych jest sączkowanie przewodu wątrobowego i tamponada jamy brzusznej. W ostatnich czasach nastąpił pewien zwrot w zapatrywaniach chirurgów na tę sprawę. Na poparcie swych słów W. przytacza streszczenie pracy Borelius, przeciwnika normalnej operacji Kehra. B. do tego zabiegu ucieka się jedynie tam, gdzie przebieg kliniczny, wywiady, lub bezpośrednie badanie przewodu wspólnego podczas operacji wskazuje na obecność kamienia w przew. wsp., lub na zapalenie głębszych dróg żółciowych i zmiany w trzustce. Zdaniem B., w poszczególnych przypadkach lepiej będzie nawet zaryzykować pozostawienie kamienia w przew. wsp. i narazić chorego na powtórny zabieg, niż poddać go operacji zawsze ciężkiej i narazić na długie gojenie. Zdanie swoje B. popiera materiałem klinicznym, obejmującym 234 przypadki cholecystectomiae bez sondowania i sączkowania d. choledochi. Z 7 przypadków, które zakończyły się śmiercią, w 6 sekcya nie wykazała kamienia w przew. żółc. wsp. Z pomiędzy 227 pozostałych przy życiu chorych u 4 tylko musiano wykonać wtórną operację z powodu kamieni w przewodzie wspólnym.

Oderfeld uważa postępowanie Kehra za słuszne, gdyż nigdy nie można być pewnym, że drogi żółciowe nie są zakażone. Dlatego też należy je sączkować zasadniczo w każdym przypadku. W spostrzeżeniu W. pomysłny wynik zabiegu należy uważać za szczęśliwy zbieg okoliczności.

Kryński uważa postępowanie operacyjne kol. Wertheima za zupełnie słuszne i w danym przypadku za jedynie odpowiednie. Miał on tu do czynienia z puchliną pęcherza żółciowego (hydrops vesicae f.) zupełnie zamkniętą, nie będącą w związku z drogami żółciowymi, którą należało przeto usunąć tak, jak usuwamy doszczętnie każdy inny guz torbielowy w jamie brzusznej. Można by co najwyżej zastanawiać się nad tem, czy słusznie postąpił, zamykając zupełnie otrzewną, czy też bezpieczniej byłoby wprowadzić pasma gazy popod wątrobę. To już jest sprawa zaufania chirurga do swojej aseptyki, która w przypadku Wertheima, jak widzimy, w zupełności tego zaufania okazała się godną. Stanowczo jednak nie było tu potrzeby sączkowania przewodów żółciowych i odprowadzania żółci nazewnątrz. Za niesłuszne przeto uważa Kryński zdanie Oderfelda, że sączkowanie przewodu wątrobowego stanowi „postępowanie normalne“, które powinno być stosowane zasadniczo w każdym przypadku przecinania pęcherza żółciowego, albowiem to postępowanie Kehra wskazane jest tylko w przypadkach stanów zapalnych w przewodach żółciowych (cholangitis calculosa, chol. infectiosa), cechujących się zmianami w samej żółci.

Sawicki uważa za konieczne sączkowanie przewodu wątrobnego tylko w razie zakażenia dróg żółciowych. Tego sposobu postępowania trzymają się Eiselsberg, Payr i Rehn. Gdy chodzi o obecność kamienia, wystarczy

przekonać się obmacywaniem, bo badanie zgłębnikiem może nie wykazać istniejącego kamienia. Sączkowanie przewodów w celu ułatwienia wydalania kamienia niekiedy zawodzi, jak tego dowodzi spostrzeżenie S., w którym wystąpiła żółtaczka po usunięciu sączka gumowego z przewodu wątrobnego. Prócz tego wkładanie sączka przedłuża zabieg, sprzyja powstawaniu zrostów i bólów.

Co się tyczy techniki wycinania pęcherza żółciowego, to można przystąpić odrazu do oddzielenia przewodu pęcherzowego, podwiązując go, i odciąć, a już potem usunąć pęcherz. Sposób ten, jak słusznie twierdzi Dobrucki, powołujący się na własne spostrzeżenie, prowadzi niekiedy do zranienia lub podwiązania przewodu wątrobnego, który pod bardzo ostrym kątem łączy się z przewodem pęcherzowym. Powikłanie to widział i S. w klinice Payra, gdy operował jeden z asystentów. Dla tego też S. na-przód oddziela pęcherz i przewód pęcherzowy, a dopiero później podwiązuje go i odpała.

Inny szczegół techniczny w operowaniu kamicy żółciowej—to sączkowanie jamy brzusznej. Stanowi ono konieczny warunek postępowania. Niektórzy, jak Eiselsberg, sączkują za pomocą rurki gumowej, wprowadzonej po nitce, idącej od kikuta przewodu pęcherzowego. Inni wkładają pasek gazy. S. uznaje wyższość tego ostatniego postępowania.

W. Stankiewicz jest zdania, że tylko w przypadkach wyjątkowych można obejść się bez sączkowania przewodów żółciowych, nałożyć szew i zamknąć jamę brzuszną. W przeważającej większości przypadków kamieni żółciowych mamy do czynienia z zakażeniem dróg żółciowych, a więc nawet gdyby udało się z całą dokładnością nałożyć szew na ściany przewodu, nigdy nie moglibyśmy polegać na pewnym zamknięciu rany, gdyż najmniejsze przesączanie zakażonej żółci sprawiłoby fatalne następstwa. Zarzuty, czynione drenowaniu, jakoby takowe przedłużało znacznie trwanie przetok żółciowych, nie mają uzasadnienia wobec umiejętnego zastosowania tej metody, dowodem tego jest twierdzenie Kehra, który zawsze w podobnych razach sączkuje przewody żółciowe z pomocą drenu w kształcie litery T., po upływie zaś 4 — 5 dni usuwa dren, uważając, iż naokoło powstały dostateczne zrosty do zabezpieczenia otrzewnej od zakażenia i w tych warunkach ranka w przewodzie szybko zabliznia się, nie tworząc przetoki. Jest to postępowanie bardzo słuszne, dające rękojmię bezpieczeństwa, jak i szybkiego zabliznienia rany i niewątpliwie ogół chirurgów uznaje słuszność tej metody.

Nawet w przypadkach aseptycznych po wydobyciu kamieni żółciowych bywają tak silne i głębokie zrosty, iż nałożenie ścisłego szwu okazać się może niewykonalnym, więc i wtedy uciec się musimy do włożenia drenu, lub sączkowania za pomocą gazy.

Leśniowski. Wertheim poruszył zajmującą sprawę—wycinanie całkowite pęcherza żółciowego, pokrycie kikuta tegoż otrzewną, i doszczętne zamknięcie jamy otrzewnej. Że postępowanie takie może zakończyć się pomyślnie—dowodzi przedstawiona przez Wertheima pacjentka. Chodziłoby wszakże o to, w jakich przypadkach omawiany zabieg może być zastosowany.

Pod tym względem należałoby, zdaniem L., podzielić przypadki kamicy żółciowej na 2 grupy. Do 1-ej należałoby zaliczyć przypadki, w których chorzy nie gorączkują i przewód pęcherzowy jest całkiem zarośnięty. Tu pęcherz żółciowy przeistoczył się w torbiel, która wcale nie odróżnia się np. od torbieni jajnika, i tak samo, jak ta ostatnia, może być potraktowany. A więc po odcięciu pęcherza, zarośnięty i zawiązany przewód pęcherzowy można obszyć otrzewną, i jamę otrzewnej zamknąć całkowicie.

Do grupy 2-ej należałyby przypadki, w których stan chorych jest gorączkowy, przewód pęcherzowy jest drożny, pozostałe drogi żółciowe są zakażone. W tego rodzaju przypadkach możnaby zdecydować się wykonać pierwszą część operacji, a więc przewód pęcherzowy zawiązać, pęcherz odciąć i kikut przewodu pęcherzowego obszyć otrzewną. Natomiast byłaby połączona z dużym ryzykiem druga część zabiegu—całkowite zaszcycie jamy otrzewnej. Tu o wiele pewniej jest wyłożyć przestrzeń podwątrobową paru paskami muslinu, które w razie przebiegu pooperacyjnego niepowikłanego można usunąć w kilka dni po operacji, i w ten sposób nieznacznie tylko przedłużyć okres gojenia się.

Oderfeld dodaje, że w poprzednim swem przemówieniu chciał powiedzieć o konieczności sączkowania w każdym przypadku nie dróg żółciowych, ale otrzewnej.

2. *Kryński*. przedstawił chorego mężczyznę 59-letniego, u którego przed 3-ma tygodniami z powodu objawów prostatyzmu wykonał operację przyszcicia nadłonowego pęcherza moczowego (cystopexia suprapubica) z bardzo dobrym wynikiem. Przerost gruczołu krokowego średniego stopnia; część środkowa powiększona i bardzo łatwo krwawi przy cystoskopowaniu. Oddaje mocz w ciągu dnia co 1—1½ godziny; w nocy 6—7 razy; ilość moczu zalegającego 180 cm. sz. Kryński wykonał przyszcicie nadłonowe pęcherza (w znieczuleniu miejscowym), jako operację wstępną, ułatwiającą opróżnienie pęcherza i usunięcie jego stanu zapalnego, mając zamiar później zrobić wycięcie doszczętne gruczołu krokowego od strony pęcherza. Jednakże ta cystopexia spowodowała tak dużą poprawę w stanie chorego (obecnie mocz czysty, urynowanie w dzień co 2—3 godziny, w nocy 1 raz, moczu zalegającego 0), że chory słyszeć już nie chce o innej jeszcze operacji, i wraca do domu na wieś.

Wertheim miał sposobność widzieć podczas operacji pęcherz moczowy w kilka lat po wykonanej sectio alta, i nie znalazł ani śladu przyrostu do przedniej ściany brzusznej, pęcherz zaś leżał głęboko w miednicy. Stąd wnosi, że wynik nadłonowego przyszcicia pęcherza może nie okazać się trwałym.

Oderfeld podziela obawy Wertheima co do rozciągnięcia się przyrostu pęcherza moczowego do ściany brzusznej, a więc co do nietrwałości wyniku operacyjnego. O. przytacza spostrzeżenie Kümmela, w którym zanikowi gruczoła krokowego towarzyszyły objawy przyrostu (prostatismus); pomimo wykonanego przyszcicia pęcherza do ściany brzusznej (Kümmel nazywa to operacją Goldmanna) objawy nie ustąpiły, dopiero wyluszczenie gruczołu krokowego dało wyleczenie.

Czarkowski proponuje, wobec ciężkości zabiegu w przeroście gruczolu krokowego, usuwać tylko zraz środkowy, co daje równie dobre wyniki, jak całkowite wyluszczenie. Cz. przekonał się, że gruczol krokowy nawet po całkowitem wyluszczeniu może odrosnąć.

3. *Zembrzuski*. Pomędzy nowotworami wyodrębnia się grupa śródbłoniaków i obłoniaków, stojąca na granicy pomiędzy guzami dobrotliwymi i złośliwymi, bliższa tych ostatnich. Śródbłoniaki powstają z bujania śródbłonka naczyń, obłoniaki—z komórek bądź t. zw. obłonka, bądź też z komórek błony zewn. naczyń szczególnie włoskowatych. Obłonek odkrył Eberth na niektórych naczyniach ustroju jako typ komórek swoistych: płaskich z wypustkami. Gdy jedni przypisują obłonkowi punkt wyjścia dla obłoniaków, inni autorowie (Lexer, Birch-Hirschfeld) dopatrują się powstawania tych nowotworów z komórek błony zewnętrznej naczyń, lub ze śródbłonka naczyń chłonnych, oplatających naczynia. Achoff nazywa obłoniakami tylko te nowotwory, które powstają z komórek, stanowiących integralną część ścian naczyń. Ribbert nie uznaje istnienia obłoniaków, zaliczając ich do mięsaków naczyniastych (angiosarcoma). Inni nazywają obłoniak sarcoma perivasculare. Charakterystyczny dla obłoniaków jest układ komórek, otaczających naczynia w postaci płaszcza, same zaś naczynia wysłane są śródbłonkiem, do którego bezpośrednio przylegają komórki nowotworowe. Komórki w obłoniaku układają się bądź to promieniowato do światła naczynia, bądź zlewają się w masy, otaczające te ostatnie. Pomędzy komórkami widoczna jest niekiedy tkanka łączna. W obłoniakach z łatwością występują zmiany wsteczne i rozpadowe. Zwyrrodnienie szkliste nadaje im cechy obłąków (cylindroma), rozpad utrudnia niekiedy właściwe rozpoznanie. To ostatnie możliwe jest jedynie pod drobnowidzem, przytem nie zawsze należy do zadań łatwych. Obłoniaki przyjmowano często za raki, większość jednak autorów odnosi je do tworów łącznotkankowych. Spotykają się obłoniaki w postaci czystej i w połączeniu z innymi nowotworami, szczególnie z śródbłoniakami i mięsakami. Siedliskiem ich bywają różne narządy, a przede wszystkim te, których naczynia posiadają obłonek (opony mózgu, jajniki, jądra, nerki). Złośliwość obłoniaków jest względna: odznaczają się one powolniejszym rozrastaniem się, nie zwyrrodniają tkanek sąsiednich i nie dają przerzutów; z drugiej strony jednak są skłonne do rozpadów i nawrotów po zabiegach operacyjnych. Dmochowski poczytuje obłoniaki za guzy bezwzględnie złośliwe.

Z. przedstawia z okazji: guz nerki, wyjęty u 1-rocznego dziecka, i guz jądra, usunięty u 1½-rocznego chłopca. Guz pierwszy uległ znacznemu rozpadowi, wytworzywszy olbrzymią torbiel, wskutek tego obraz drobnowidzowy, przedstawiający miejscami utkanie obłoniakowe, jest niedość wyraźny. Guz drugi przedstawia obłoniak bardziej typowy.

Pokaz preparatów odnośnych mikroskopowych.

Posiedzenie dnia 14 listopada 1912 r.

1. *Sinolecki*. Pokaz przyrządu Killiana do bezpośredniego oglądania krtani.
2. *Stawiński*. Przypadek pancreatitis acuta haemorrhagica, z pokazem preparatu.
3. *Szerszyński*. Postępy w leczeniu gruźlicy kości i stawów.

1. *Sinolecki* mówił o nowej metodzie badania krtani, wynalazku prof. Killiana, razwanej przez wynalazcę „Schwebelaryngoskopie“ — laryngoskopią w zawieszeniu. Metoda ta, której opis szczegółowy podany jest przez wynalazcę w zeszycie 2-im tomu 26 „Archiv für Laryngologie“, polega na ułożeniu badanego na wznak, ze zwieszoną z brzegu stołu głową i na uniesieniu do góry (ku przodowi) całego języka wraz z nagłośnią i żuchwą za pomocą specjalnego szpatla z rękojeścią, zakończoną hakiem (Hakenspatel). Hak zawiesza się na belce poprzecznej odpowiednio zbudowanej szubieniczki (Galgen); którą można regulować w kierunku poziomym i pionowym za pomocą śrub i korb. Głowa badanego zwisa ku dołowi i buja swobodnie (stąd nazwa „Schwebelaryngoskopie“) zawieszona na szpatlu, rozciągając ciężarem swym mięśnie i więzy, i powodując tem większe uniesienie krtani ku górze. Przy szerokiem rozwarciu ust i oświetleniu lampką elektryczną lub reflektorem cała głębia gardzieli, wewnątrz krtani i tchawicy widoczne są, jak na dłoni.

Laryngoskopia w zawieszeniu jest ogromnym krokiem naprzód na drodze rozwoju metod bezpośrednich badań krtani, które zrodziły się z doniosłego wynalazku Kirsteina (autoskop, wynaleziony w r. 1896), i znakomicie ułatwia bezpośrednie operowanie w krtani i tchawicy, gdyż pozostawia operującemu obiedwie ręce wolne i czyni zbędną pomoc chorego.

Wykonywa się badanie w uśpieniu (chloroform, eter), w znieczuleniu ogólnem (morfina, skopolamina), wreszcie w zwykłym znieczuleniu miejscowem kokainą.

Po przemówieniu Sinolecki z zupełnem powodzeniem wykonał badanie w zawieszeniu na chorym ze swego oddziały w szpitalu Ewangelickim. Chory, młody mężczyzna, po zastosowaniu znieczulenia miejscowego języka, gardzieli i krtani rozczynem kokainy 20%, leżał spokojnie kilka minut, w ciągu których wszyscy zebrani mogli dokładnie obejrzeć krtani i tchawicę.

2. *Stawiński*. Przypadek pancreatitis acuta haemorrhagica. Przemówienie było w całości wydrukowane w „Przeglądzie Chir. i Ginekol.“ (T. VIII, Z.).

3. *Szerszyński*. Postępy w leczeniu gruźlicy kości i stawów. Przemówienie było wydrukowane w „Nowinach Lekarskich“.

Posiedzenie dnia 12 grudnia 1912 r.

1. *Karwacki*. Przypadek niezwykłego układu narządów wewnętrznych.
2. *Kijewski Fr.* a) przypadek chłoniaka głowy.
b) przypadek wielkiego guza jądra.
3. *Stawiński*. Przyczynek do udoskonalenia techniki amputacji i protez kończyn.
4. *Leśniowski*. Kamień pęcherza moczowego w związku z ciałem obcym.
5. *Łazarowicz*. Pokaz materiału opatrunkowego, wyjąłowego we własnej pracowni.

1. *Karwacki* przedstawił 16-letniego chorego, od 10-ciu lat cierpiącego na wymioty i rozwolnienie. Istnieje prawdopodobieństwo, że chory ten w dzieciństwie przebywał zapalenie otrzewnej gruźlicze. Rozwój chorego wybitnie wstrzymany, odżywianie mocno upośledzone. Badanie fizyczne wraz z radiologicznem wykazały, że serce leży z prawej strony mostka, dolna granica lewego płuca znacznie podniesiona ku górze — z przodu na wysokości 3-go żebra, żołądek ma kształt podkowy i sięga do spojenia łonowego, gdzie jest przyrośnięty, skurcze żołądkowe mają cechy kiszkiowych. Lewe podżebrze wypełnione jest jelitem grubym, które zaczyna się w lewym dole biodrowym, idzie do góry z lewej strony kręgosłupa, sięgając aż do 3-go żebra, w tem miejscu jest, prawdopodobnie, przyrośnięte do przepony—i schodzi na dół również z lewej strony kręgosłupa.

Zmiany podobne zależą, zdaniem prelegenta, od zбочenia rozwojowego i od przebytej sprawy otrzewnowej, która zmiany te spotęgowała. Chory ma być operowany, rodzaj zabiegu na żołądku zależeć będzie od wyniku zbadania chirurgicznego.

2. *Kijewski Fr.* przedstawił dziewczynę z chłoniakiem jamistym powłok głowy, zwieszającym się na szyję w postaci płaszcza, oraz mężczyznę lat blisko 40-tu z guzem jądra ogromnych rozmiarów.

Łapiński, zgadzając się z Kijewskim co do rozpoznania chłoniaka w pierwszym z przedstawionych przypadków, uważa za wskazane leczenie operacyjne, a dla zniszczenia resztek guza—zastosowanie radu lub igieł magnezowych.

Sawicki sądzi, że igły magnezowe dają dobry wynik w naczyniakach, ale w chłoniakach stosowanie ich nie prowadzi do celu. No skuteczność radu lub promieni Röntgena S. zapatruje się też sceptycznie.

Kryński uważa leczenie krwawe za jedynie wskazane w pierwszym przypadku.

3. *Stawiński*. Przyczynek do udoskonalenia techniki amputacji i protez kończyny górnej. (Patrz pracę w „Przegl. Chir. i Ginekol.“).

4. *Leśniowski* pokazał kamień, wydobyty z pęcherza moczowego mężczyzny drogą cięcia nadłonowego. Osnowę kamienia stanowiła metalowa

pochewka do wykałaczek, którą to pochwękę chory parę miesięcy przed tem wprowadził sobie do cewki, skąd uciekła mu ona do pęcherza.

5. *Łazarowicz* pokazał sterylizowane materiały opatrunkowe — wyroby własnej pracowni. Wszystkie materiały podlegają wyjałowieniu w zamkniętych puszkach tekturowych, zaopatrzonych w otwory dla pary, zabezpieczone od wewnątrz warstwą izolacyjną waty. Jałowość materiałów bada Dr. Jerzy Brunner i badania te wykazały, że takie wyjałowienie jest dobre.

Materiały opatrunkowe są ułożone w puszkach w ten sposób, że umożliwiają częściowe zużytkowanie materiału, wobec tego koszt jednego opatrunku jest bardzo mały, i nawet dla najbiedniejszej sfery sterylizowane materiały opatrunkowe z pracowni D-ra Łazarowicza są dostępne.

Sawicki zwraca uwagę na to, że niekiedy nie we wszystkich punktach autoklawu ciśnienie i ciepłota dochodzą do jednakowych wysokości. Dlatego też z jednorazowej próby nie można wnosić o wartości danej metody wyjaławiania. S. wyraża obawę, czy para w dostatecznej ilości przenika przez otwory pudełek z gazą. Niedokładności tej zapobiega francuski system autoklawów, w których para z konieczności przechodzi przez szereg puszek z materiałem opatrunkowym.

Wysokość ciśnienia ponad pewną konieczną normę nie posiada znaczenia dla dokładnego wyjałowienia.

W odpowiedzi D-rowi Sawickiemu, że zastosowanie pary bieżącej nie jest pewne w wyjaławianiu małych pudełek, Dr. Ł. zaznacza, że najważniejszą rolę odgrywa tu ciśnienie pary, które gwarantuje przenikanie pary do wszystkich zakątków.

BR. SZERSZYŃSKI.

Posiedzenie dnia 9 stycznia 1913 r.

1. *Stawiński*. Przedstawienie chorego z przerostem i zniekształceniem wyrostka zębodołowego szczęki górnej.
2. *Szerszyński*. Przedstawienie chorego z kostniejącem zapaleniem mięśni postępującem.
3. *Leśniowski*. Przedstawienie okazu pękniętego ropniaka jajowodu.
4. *Lewenstern*. Przedstawienie rentgenogramu z situs viscerum mutatus.

1. *Stawiński* przedstawia 16 letniego chłopca z przerostem i zniekształceniem wyrostka zębodołowego szczęki górnej, przyslanego z rozpoznaniem — rozszczenia podniebienia. Szczupły i wysoki chłopiec, budowy prawidłowej, ma twarz długą, wąską, również jak nos bardzo wydatny i cienki; szczęka dolna wysoka, wystająca. Zęby szczęki górnej przednie prążkowane, zazębione na brzegu górnym wciętym: tylne (trzonowe) uderzają wielkością, osadzone są zdaleka jeden od drugiego, lecz w liczbie zwykłej, mało wystają ponad dziąsło; ułożone są one z obu stron nie w linii prostej, lecz złamanej pod kątem rozwartym; wierzchołek kąta tworzy z każ-

dej strony zęb trzonowy większy środkowy, przesunięty na wewnątrz i dotknięty próchnieniem. Układ zębów szczęki dolnej, również wąskiej, jest prawidłowy. Wyrostek zębodołowy szczęki górnej uderza niezwykłą szerokością, zależną od zgrubienia wyłącznie wewnętrznej jego ściany (dziąsła), tak że obie te powierzchnie wewnętrzne (dziąsła) przylegają wzajem ściśle z przodu, poza zębami przednimi, ku tyłowi zaś rozchodzą się nieco więcej, przechodząc poza ostatnimi zębami w kształcie wyraźnie zarysowanych łuków na zewnętrzną powierzchnię wyrostka (nie przerosnięte dziąsła); oba te łuki odcinają się wydatnie na tle podniebienia miękkiego, rozpiętego w głębi poza i nad nimi, i potęgują w ten sposób złudzenie rozszczepionego podniebienia. Dokładniejsze wszakże zbadanie wykrywa, że poza tą szczeliną pomiędzy dwiema połowami powyginanego wyrostka zębodołowego istnieje zupełnie całe podniebienie twarde i miękkie, jakkolwiek bardzo wysoko położone i wąskie (kopułowate), zakryte jeno przez przerosły wyrostek; języczek długi i cały. Chory mówi wyraźnie, pokarm nie wpada do nosa. Niemniej zniekształcenie to sprawia pewne zaburzenia, mianowicie—zaleganie częściowe pokarmu w owej szczelinie, tak wąskiej z przodu, że przepuszcza tylko zgłębnik. Obie przylegające wzajem ściany wewnętrzne wyrostka zębodołowego tworzą niejako przegrodę poprzeczną pomiędzy podniebieniem właściwym a językiem; w zagłębieniu (uchyłku) ponad tą przegrodą zalega pokarm, a język w nie wejść nie może. Na dotyk owo „dolne“ podniebienie jest sprężyste, nie sprawia jednak wrażenia kości i przykryte jest zupełnie zwykłą śluzówką. Poza tem osobnik dany nie przedstawia żadnych zmian chorobowych. Rodzice zdrowi, o prawidłowym typie, mają oprócz niego kilkoro zdrowych dzieci. Przymiotu ani gruźlicy w rodzinie niema, matka nie poroniła ani razu, wykarmiła dzieci sama.

2. *Szerszyński* przedstawił 35-letniego robotnika z cegielni, który zgłosił się do szpitala (oddział d-ra B. Sawickiego) w październiku r. 1912 z powodu mocnych bólów w prawej połowie głowy i szyi i utrudnionego oddechania przez nos. Przed 9 miesiącami zauważył on niebolesny guzik wielkości śliwki na szyi z prawej strony, guz powiększał się dość szybko, a przed 5 miesiącami wystąpiły bóle w szyi i głowie na tej samej stronie. W tym samym czasie spostrzegł chory, że mu trudno oddechać nosem, a wkrótce potem zaraz po uderzeniu się głową o framugę drzwi zauważył wytworzenie się guzika w miejscu stłuczenia. Poza tem pacjent jest i był dotychczas zdrów, przymiotu nie przebywał, ma kilkoro zdrowych dzieci. Badanie, wykonane w październiku r. z., wykazało, co następuje.

Pacjent dobrze zbudowany, niezłe odżywiony, dość bladej. W narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego, w układzie nerwowym zmian nie znaleziono. Próba Wassermana dała wynik ujemny. Na prawej stronie szyi znajdujemy guz nieprawidłowych kształtów o wymiarach: pionowym 8 cm., przedniotylnym 6 cm., poprzecznym 4 — 5 cm. Guz twardej, jak chrząstka, bardzo mało ruchomy, spojony z mięśniem kapturowym i sutkowomostkowoobojczykowym. U góry przylega on prawie do wyrostka sutkowego, ku dołowi odchodzi od niego dość twardej wyrostek o kształcie stałaktytu, idący jakby w przednim brzegu m. kapturowego. Ruchy głowy

w stronę lewą ograniczone do połowy wymiaru prawidłowego, podczas przechylenia głowy w tym kierunku napinają się mocno w dolnej części szyi mięśnie: kapturowy, pochyły przedni i sutkowomostkowoobojczykowy. Skóra na guzie niezmiennona, przesuwalna. Na stronie lewej, poza kątem zuchwy, wyczuwany twardy guzik wielkości śliwki, położony głęboko, spojony nieruchomo z głęboko leżącymi tkankami, prawdopodobnie — z boczną ścianą gardzieli. Badając gardziel, widzimy wypuklenie się tylnej jej ściany na wysokości 3—4 kręgu szyjowego. Wypuklenie to przechodzi i na stronę lewą i zlewa się z pewnem zgrubieniem twardego podniebienia z tej samej strony na przejściu jego w podniebienie miękkie. Wprowadzić palca do jamy nosowogardzielowej nie udaje się skutkiem przylegania tylnej ściany gardzieli do twardego podniebienia. Badanie jamy nosowej nic nieprawidłowego nie wykazało. Dalej, na czaszce, w miejscu skrzyżowania szwu strzałkowego z linią, przebiegającą przez oba otwory uszne, wyczuwamy płaski, twardy, nieruchomy guz o spoistości kości, wymiarów 4 cm. na 3 cm. Wreszcie, znajdujemy trzy drobne twarde guziki: jeden na prawej łopatce w głębi mięśni, drugi w skórze brzucha, trzeci w skórze uda prawego.

Po upływie miesiąca, w ciągu którego chory dostawał jodek sodu po 2,0 dziennie i wcieranie maści jodowej w guzy na szyi, chory mógł łatwiej oddechać przez nos, bóle jednak dokuczały mu, jak poprzednio. Już wtedy stwierdzono zmniejszenie się guza na stronie lewej na szyi, a do jamy nosowogardzielowej można było wprowadzić koniec palca. W następnym miesiącu zaczęto stosować podskórną fibrolizynę (2,0 co drugi dzień). Obecnie bóle zaczęły zmniejszać się, oddechanie przez nos stało się dość swobodne, do jamy nosowogardzielowej można było wprowadzić palec na stronie prawej, guzik na szyi na stronie lewej zmalał do wielkości orzecha łaskowego, guz jednak na czaszce powiększył się wyraźnie tak samo, jak i stwardnienie na szyi na stronie prawej. Skóra, pokrywająca to ostatnie, obrzmiała nieco, posiniała, mniej ruchoma, niż poprzednio.

Przy prześwietlaniu promieniami Röntgena opisane guzy nie dają cienia na kliszy.

Powyższy obraz kliniczny najbardziej przypomina tak zwane kostniejące zapalenie mięśni postępujące (*Myositis ossificans progressiva*). Nazwa ta nie odpowiada właściwie istocie cierpienia, gdyż sprawa chorobna rozgrywa się nie w mięśniach, jeno w tkance łącznej wogóle, a więc w powięzi, ścięgnach, więzach, w dodatku — nie jest to sprawa zapalna, a przerostowa. Jeszcze w 1860 r. zwrócił na to uwagę Edmund Bułhak w rozprawie, wydanej w Dorpacie, co w zupełności potwierdziły ostatnie badania Fürstnera, Stempela i innych. Pod drobnowidzem w przypadkach świeżych widzimy tkankę zarodkową, z dużymi okrągłymi lub wrzecionowatymi komórkami, leżącymi dość blisko jedna przy drugiej, tkanka obfituje w naczynia krwionośne i obrazy dzielenia się jądra. W późniejszych okresach cierpienia widzimy tkankę włóknistą chrząstkową lub kostną. Włókna mięśniowe zachowują się zupełnie biernie, tkanka bujająca wrasta między nie, rozdziela je, sprowadzając ich zanik. Etiologia tego cierpienia jest zupełnie

ciemna. Notowano, co prawda, w pewnych przypadkach uraz, lub cierpienia zakaźne, jako czynnik etiologiczny, w wielu innych natomiast cierpienie występuje bez określonego bodźca. Według niektórych autorów mamy tu do czynienia z niedostatecznym zróżniczkowaniem tkanki łącznej, na którego tle bodźce fizyologiczne, warunkujące rośnięcie ustroju, wywołują bujanie tkanki łącznej.

Co się tyczy obrazu klinicznego, to cierpienie to występuje dwa razy częściej u mężczyzn, niż u kobiet, najczęściej w pierwszych latach życia, niekiedy zaraz po urodzeniu się dziecka, rzadziej — w drugim dziesięcioleciu. Po 20 latach spostrzegano je tylko raz jeden (przypadek Lexera — 35-letni mężczyzna). Nie należy ono do częstych; w piśmiennictwie ogłoszono do 1908 r. zaledwie 60 przypadków. Cierpienie występuje zupełnie niespodziewanie w postaci rozlanego obrzmienia w obrębie jednego lub paru mięśni, zaczynając się prawie wyłącznie na szyi, karku lub grzbiecie. Jak stwierdzono drobnowidzem, obrzmienie to zależy od wynaczynienia, spowodowanego, prawdopodobnie, rozerwaniem drobnych naczyń krwionośnych przy gwałtowniejszych skurczach mięśnia, przyrośniętego do bliźnowej tkanki. Wspomniane obrzmienie po pewnym przeciągu czasu znika, pozostawiając stwardnienie, ła po przerwie, wynoszącej parę tygodni, miesięcy, a niekiedy — lat parę, zjawia się obrzmienie w innym miejscu. Stwardnienia powstawać mogą nie tylko w mięśniach, ale i w tkance łącznej, a o ile rozwija się w pobliżu kości, wciągnąć mogą okostną, co prowadzi do wytworzenia się kolbowatej lub płaskiej narośli na kościach, przypominającej wyrosłe kostne (exostosis).

Niewielkie stwardnienie niekiedy znika, co stwierdzono makroskopowo, czy jednak nie pozostawia ono zmian drobnowidzowych, pozostaje sprawą nierozwiązaną. Z szyi, karku i grzbietu sprawa przechodzi na kończyny górne, rzadziej na dolne, w końcu zajmuje i mięśnie żujące, uniemożliwiając przyjmowanie stałych pokarmów. To ostatnie powikłanie podrywa stan ogólny, usposabiając do cierpień narządów oddechowych i prowadząc w ten sposób do zejścia śmiertelnego.

Stempel odróżnia cztery okresy w przebiegu zapalenia mięśni kostniejącego postępującego: 1) okres ukryty, 2) okres bujania tkanki łącznej, występujący na jaw dopiero, gdy dołącza się obrzmienie, 3) okres zwyrodnienia włóknistego i 4) okres skostnienia. W końcu dodać należy, że u wielu pacjentów z tem cierpieniem stwierdzono zniekształcenie palców dłoni i stopy: zrost palców, palce karłowate i t. p.

Rozpoznanie nie nastęrcza wielkich trudności, o ile wyłączymy inne czynniki, prowadzące do skostnienia. U dzieci np. przymiot dziedziczny daje niekiedy guzy o spistości twardej, znikające od leczenia swoistego. W przebiegu niektórych cierpień nerwowych, jak wiać rdzenia, jamistość rdzenia, występują liczne skostnienia. Ostre ropne lub przewlekłe zapalenie mięśni, dalej — reumatyzm, szkorbut prowadzić mogą do skostnienia mięśni. Wreszcie w początkowych okresach cierpienia różniczkować je należy z zapaleniem mięśni kostniejącem ograniczonym (*Myositis ossificans circumscripta*).

Rokowanie co do powrotu stwardnień do normy — niepomysłne, co do życia — względnie pomyślne, odnośni chorzy żyją niekiedy długie lata.

Leczenie środkami aptecznymi nie prowadzi do celu, jedynie leczenie wzmacniające i przepisy higieniczne mają rację bytu. W razie tworzenia się przykurczeń leczenie chirurgiczne wchodzi w swe prawa. Zwłaszcza jest ono wskazane dla zapobieżenia lub usunięcia szczękościsku, występującego na skutek bliznowego stwardnienia mięśnia żwacza (wycięcie mięśnia wraz z powięzią).

W naszym spostrzeżeniu na korzyść powyższego rozpoznania przemawiają: wieloogniskowość stwardnień, postępujący charakter cierpienia, początkowe umiejscowienie sprawy w mięśniach szyi, płaski guzik na czaszce (niektórzy autorowie uważają podobne twory na czaszce za charakterystyczne), brak przymiotu i nerwowego cierpienia.

Przeciwno rozpoznaniu mówi do pewnego stopnia wiek chorego, bo jakkolwiek pacjent Lexera liczył też 35 lat, to jednak wielu autorów wiek dziecięcy, a w każdym razie poniżej lat 20 uważa za cechę tak charakterystyczną, że cierpienia w wieku późniejszym nie uważają za myositis oss. progr. Wobec wyniku badania promieniami Röntgena przyjąc musimy wczesny okres cierpienia w naszym przypadku (brak skostnienia).

Co do wyniku leczenia jodem i fibrolizyną, to zmniejszenie się guzów w gardzieli i na lewej stronie szyi (stanowią one prawdopodobnie jedną całość) trudno przypisywać działaniu leków, gdyż w przebiegu tego cierpienia widywano samoistne znikanie stwardnień, w dodatku inne dwa guzy w tym czasie powiększyły się niewątpliwie. Guz na prawej stronie szyi wywołuje w dalszym ciągu bóle jakkolwiek mniejsze, niż przed miesiącem, i dlatego projektowane jest wyluszczenie go. Badanie drobnowidzowe guza umożliwi pewne rozpoznanie cierpienia.

3. *Leśniowski* przedstawił okaz ropniaka jajowodu, który uległ samoistnemu pęknięciu w dwu miejscach i został usunięty drogą operacyjną. Przypadek ten dotyczył chorej, która w ciągu 5-ciu miesięcy była leczona zachowawczo, ostatnio zaś przez dłuższy czas pozostawała w łóżku i tu, wśród najzupelniejszego spokoju, bez żadnej przyczyny zewnętrznej nastąpiło pęknięcie ropniaka do jamy otrzewnej. L. zaznacza, iż takie samoistne pęknięcia przeważnie zdarzają się w małych ropniakach, przyczem ropa bywa wówczas nie jałowa. Ponieważ w omawianej sprawie chorobowej samowyleczenie następuje rzadko, a powikłania mogą być bardzo groźne, przeto mówca zaleca, aby częściej, niż to ma miejsce dotychczas, przystępowano do zabiegu operacyjnego.

Lorentowicz jest zdania, że pesymistyczny pogląd na wyniki leczenia zachowawczego spraw ropnych przydatków macicy nie jest uzasadniony. Wyniki lecznicze zależą przede wszystkim od rodzaju zakażenia. Jak wiemy, ropniaki jajowodów powstają wskutek zakażenia łańcuszkowcami, lub gronkowcami, są to tak zwane zapalenia poporodowe, lub poporonieniowe, najczęstszymi atoli sprawcami ropniaków są dwoinki Neissera. Liczne spostrzeżenia kliniczne, latami całemi prowadzone, przekonywają, że guzy

przydatków, pochodzenia rzeżączkowego, dochodzące rozmiarami nawet do wielkości pięści, z wyraźnie wyczuwalnym workiem ropnym — znikają po systematycznym wielomiesięcznym leczeniu zachowawczem — ropa wsysa się, chore odzyskują zdrowie t. j. zdolność do pracy i ustąpienie bólów miejscowych. Zupełna restitutio ad integrum w schorzałych narządach oczywiście następuje rzadko.

Porównanie ropniaka jajowodu z zapaleniem wyrostka robaczkowego jest niesłuszne ze względu na odmienne warunki anatomiczne. Jeżeli można szukać analogii, to chyba w zapaleniu przyjądrza, z powodu którego nikt operacji nie wykonywa. I dlatego większość znanych ginekologów zarzuciło dawniej *larga manu* stosowane wycinanie schorzałych przydatków i macicy, i ograniczyło zabieg chirurgiczny jedynie do ciężkich przypadków, które w wielu klinikach nie przenoszą 14—70%. Pozostałe leczą z powodzeniem metodami zachowawczymi. Liczba tych metod wzrasta z każdym rokiem. W roku bież. np. Menge ogłosił szereg przypadków ropniaków jajowodów, wyleczonych naświetlaniem promieniami Röntgena. Obawa pęknięcia ropniaka jajowodu nie może sama przez się bez innych danych być wystarczającym wskazaniem do operacji, bowiem pęknięcie ropniaka do jamy otrzewnej następuje b. rzadko, jeżeli zaś mamy do czynienia z ropniakiem pochodzenia rzeżączkowego, to obawa jest tem mniejsza, że dotąd nie znamy ani jednego przypadku gonokokkowego zapalenia rozlanego otrzewnej o zejściu śmiertelnem. Pęknięcie ropniaka i wylanie ropy następuje najczęściej do pęcherza, lub кишки stolcowej. Jeżeli zaś ropniak pęka do zatoki Douglasa — to zazwyczaj to powikłanie poprzedza odczynowe zapalenie zlepne jajowodu i sąsiednich narządów, wskutek czego ropa wylewa się do jamy otorbionej.

Z drugiej zaś strony pamiętać należy, że zabiegi operacyjne w ropniakach jajowodów dają śmiertelność bynajmniej niebagatelną. Znany ginekolog wiedeński Schauta na 23 przypadki ropniaków, w których wylała się ropa w czasie operacji, miał 3 przypadki zejścia śmiertelnego, Prochownik na 46 przypadków — 6 t. j. 13%. Co się tyczy zakażenia mieszanego, to badania bakteriologiczne ropy wyciętych ropniaków, przeprowadzone przez Wertheima i Mengego, wykazały, że symbioza rozmaitych zarazków z gonokokkami z wyjątkiem gruźliczych następuje rzadko i jest krótkotrwała; więcej, niż w połowie przypadków, ropa była jałowa. Menge ze 121 przypadków zbadanych znalazł w ropie w 39 dwoinki Neissera, w 11-tu łańcuszku ropotwórczego. Nader rzadko znajdowane były *diplococcus pneumoniae*, *bacter. coli commune*. Laseczники gruźlicze Menge spotykał mniej więcej w 10% wszystkich przypadków.

Lor. również nie twierdzi, aby wszystkie przypadki spraw ropnych przydatków macicy mogły być wyleczone metodami zachowawczymi. Codzienna bowiem rzeczywistość uczy, że zostaje zawsze pewna część cięższych przypadków, wymagających zabiegu chirurgicznego. Ale o tych wyjątkach przekonać się można dopiero po bezskutecznym systematycznym wielomiesięcznym leczeniu nieoperacyjnym. Które przypadki kwalifikować się będą do operacji, z góry przewidzieć niepodobna, i dlatego ustalenie

granic pomiędzy stosowaniem metod zachowawczych i operacyjnych, aczkolwiek jest ono bardzo ważne, jest dotąd niezmiernie trudne.

Sawicki jest zdania, że w przypadkach ropniaków jajowodów, jeżeli sprawa czas dłuższy nie ustępuje, lub często obostrza się, nie należy zwlekać z operacją. Zbyt długie wyczekiwanie często prowadzi do przedziurawienia ściany ropniaka, który otwiera się do kiszki, pęcherza, do ograniczonej zrostami jamy, lub nawet do wolnej jamy otrzewnej. To ostatnie, choć nie często, zdarza się jednakże i prowadzi przeważnie do zejścia śmiertelnego. S. operował raz taką chorą z rozlanem ropnem zapaleniem otrzewnej, i znalazł przedziurawienie jajowodu do wolnej jamy otrzewnej. Chora zmarła. Otworzenie się ropniaka do kiszki lub pęcherza prowadzi do wytworzenia stałej przetoki, przez którą stale, lub co pewien czas opróżnia się ropa. Cierpienie takie nieraz trwa całe lata, doprowadzając chore do ostatecznego wyniszczenia. W takich właśnie przypadkach operacja wskutek rozległych zrostów staje się bardzo trudną i niebezpieczną. Wcześniej operując, czynimy operację lżejszą i oszczędzamy chorej długoletnich cierpień.

Ciechomski również jest zdania, że zbyt długie leczenie zachowawcze w ropnem zapaleniu jajowodów niekiedy pociąga za sobą b. ciężkie następstwa.

Wielką zachodzi tu różnica pomiędzy ropniem w samym jajowodzie, zabezpieczonym mocno zgrubiałymi jego ścianami, a ropniem, powstałym po przedziurawieniu się jajowodu i usadowionym między nim a pęcherzem moczowym, albo znowu między trzewami, wreszcie mocno stopionym, co zdarza się często, z odbytnicą.

Oczywiście ropień taki, choćby otoczony dość mocnymi zrostami, staje się powodem powtarzających się zapaleń dokoła ogniska ropnego; wobec słabszych zrostów—może być źródłem rozlanego zapalenia otrzewnej. Ropień zamknięty w jajowodzie niewątpliwie mniej, niż pierwszy, posiada warunków do wywołania obostrzeń zapalnych.

Rozpoznanie różniczkowe obu spraw tych musi nastęrczać poważne trudności, zwłaszcza jeżeli wielkość ropnia poza ścianami jajowodu nie jest zbyt duża.

Tak zwane samoistne wyleczenie drogą przedziurawienia się ropnia do pęcherza, lub do kiszki, należy poczytywać, jako zdarzenie niepomyślne—szczególniej wobec otworzenia się ropnia do pęcherza, tu bowiem przetoka zazwyczaj nie zagaja się, natomiast łatwo daje powód do zakażenia miedniczek nerkowych.

Szczegóły powyższe C. doskonale stwierdził w przypadku operowanym przezeń w dniu dzisiejszym.

Dotyczył on 43-letniej osoby, która po ostatniem, t. j. trzeciem poronieniu przed 7 laty przechodziła b. ciężkie zapalenie dokoła macicy i przydatków; sprawa ta nie wygasła zupełnie, lecz powtarzała się co 3 lub 4 miesiące, wówczas pacjentka mocno gorączkowała, wysięk zapalny wzrastał gwałtownie i zmniejszał się powoli, nigdy wszakże nie znikł zupełnie przez cały ten czas była ciągle pod opieką lekarzy, i leczyła się nader sta-

rannie. Mimo to niespełna przed rokiem przechodziła ciężkie zapalenie miedniczki nerkowej prawej. Wówczas widział ją C. po raz pierwszy i stwierdził macicę powiększoną, nieruchomą, w obu przydatkach rozległe bolesne nacieczenie zapalne. Po upływie kilku tygodni sprawa miedniczki uspokoiła się, ciepłota obniżyła się, a wysięk pod wpływem odpowiedniego leczenia zmniejszył się znacznie. Wówczas można było wyczuć dość twardy guz, wielkości brzoskwini, z prawej strony i nieco większy, elastyczny, jakby chelbocący guz z lewej strony, przypuszczano nawet, że w guz ten jest wtopiona mała torbiel.

W ciągu następnego półrocza obostrzenie zapalne bez żadnych wyraźnych powodów powstało jeszcze dwukrotnie; wówczas oba guzy powiększyły się trochę, i jako takie pozostały do ostatniej chwili.

Podczas operacji przekonano się, że cała macica z przydatkami, pęcherz i odbytnica tworzą jeden duży kłęb; oddzielenie od siebie poszczególnych narządów było niezmiernie trudne z powodu b. tęgich zrostów; po długich wysiłkach udało się uwolnić trzon macicy od pęcherza i trzew i nałożyć wtedy szczypce na macicę, w celu pociągania jej ku górze; podczas oddzielania jajowodu prawego, stopionego niepodzielnie z jajnikiem, przekonano się, że ropień wielkości mniej więcej małej cytryny opiera się z przodu o tylną ścianę jajowodu, od tyłu zaś potężnie wgłębia się w ścianę odbytnicy, podczas oddzielania guza w tem miejscu naddarto ścianę kiszki aż do śluzówki, poczem nałożono szew 2-piętrowy. Z lewej strony zadanie również było bardzo trudne; torbieli nie znaleziono; poza mocno zgrubiałym jajowodem lewym, otoczony od tyłu zrostami trzew, znajdował się ropień—wielkości pomarańczy; rzecz oczywista, że podczas oddzielania od tyłu, ropień ten otworzył się wszakże bez niebezpieczeństwa dla chorej, wobec dokładnego zasłonięcia trzew.

Przypadek powyższy wyraźnie poucza, jak dalece bezskuteczne było tu leczenie zachowawcze, oraz na jakie niebezpieczeństwo była ciągle narażona pacjentka wobec dwóch ropni, wciąż wywołujących ciężkie obostrzenia.

Czarkowski Józef przypomina o swojej pracy, traktującej w Przeglądzie Chirurgicznym i Ginek. o leczeniu operacyjnem powikłanych przypadków ropniaków jajowodów.

Pomimo ciężkich stanów chorych wyniki operacyjne były naogół dobre, w niepowikłanych zaś przypadkach bardzo dobre. Nie należy zbyt długo stosować leczenia zachowawczego, a operować, gdy niema jeszcze przetok do kiszki i pęcherza. Tembardziej, że otworzenie się ropniaka jajowodu do kiszki lub pęcherza nie leczy całkowicie choroby, a tylko na pewien czas poprawia stan ogólny. Operacje nie są zbyt trudne, o ile zechcemy pamiętać, że ropniaki jajowodowe oprócz swych ścian anatomicznych mają, na podobieństwo gruczołów limfatycznych, torebkę zapalną, którą przed wyluszczeniem potrzeba koniecznie naciąć. Wtedy wyluszczenie udaje się łatwo; tam zaś, gdzie są większe przeszkody i mocne zrosty, trzeba domyślać się istnienia przetoki kiszkowej lub pęcherzowej, i tu oddzielanie winno być bardzo ostrożne, ażeby nie porwać kiszki. Miejsca ki-

szek, łączących się przetoką z ropniakiem, pokryte są zwykle ziarniną, po zeszkrobaniu której możemy dopiero przekonać się o wielkości dziury w kiszce. Nieraz takiego otworu nie daje się wcale odszukać, lecz o nim trzeba pamiętać w traktowaniu chorej pooperacyjnej. Nie wolno zbyt wcześnie dawać środków przeczyszczających, ani też ławatyw. U jednej z podobnych chorych bez wiedzy Czarkowskiego była podana na drugi dzień ławatywa obfita, która wylała się do brzucha, poczem wystąpiły groźne objawy oirzewnowe i chora zmarła.

Ropniaki jajowodowe na szczęście bardzo rzadko pękają do wolnej jamy otrzewnej, wywołując ogólne ropne zapalenie takowej. Przeważnie drażą do kiszek lub wytwarzają ropnie pozajajowodowe, nieraz wieloogniskowe wśród zlepeków trzewowych. Wytwarzanie się ropni pozajajowodowych połączone jest zwykle ze znanym umiejscowionem zapaleniem otrzewnej. Czarkowski operował w jednym tylko przypadku rozlanego zapalenia otrzewnej, powstałego na tle pęknięcia ropniaka jajowodu. Przypadek ten, pomimo b. ciężkiego stanu, skończył się pomyślnie.

Ropniaki pochodzenia gonoroicznego mogą nieraz leczyć się na drodze konserwatywnej, z chwilą zaś powstania zakażenia mieszanego — winniśmy bezwzględnie operować.

Sławiński zaznacza, że pokaz Leśniowskiego poruszył sprawę żywotną, lecz zarazem wywołał zbyt łatwe jej rozwiązanie. L. wnioskuje z własnego przypadku, że postępowanie zachowawcze, nawet staranne i długotrwałe, nie leczy nigdy ropniaka jajowodu, nie chroni od przedziurawienia i że wobec tego wszystkie ropniaki jajowodów, u osobników ubogich zwłaszcza, należy zawsze leczyć operacyjnie, jak to stosujemy w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Następni mówcy rozwinęli dalej tę zasadę, popierając ją pomyślnymi spostrzeżeniami i wynikami, oraz wyrazili przekonanie, że leczenie operacyjne ropniaków jajowodów jest pewne w wynikach i łatwe nawet wobec przetok kiszkowych lub pęcherzowych, a stąd jest ono wskazane w każdym okresie tej sprawy chorobowej. Zdaniem S., z przypadku L. wyciągnąć można ten wniosek, że w łagodnym zda się przebiegu przewlekłego i drobnego ropniaka jajowodu zdarzają się powikłania nader ciężkie, mianowicie przedziurawienia do wolnej jamy brzusznej, i że zmuszają one do doraźnego leczenia operacyjnego, lecz nie wynika bynajmniej, żeby postępowanie chirurgiczne wskazane być miało w każdym okresie i rodzaju ropniaków jajowodowych.

Że traktowanie zachowawcze nie zawsze zapewnia wyleczenie, wątpliwości ulegać nie może, nie wolno wszakże sądzić, iżby go zapewniała w każdym przypadku operacja. Każdy z nas spotykał chore operowane w samym początku sprawy, gdzie mimo kilkakrotnych zabiegów następczych pozostawały przetoki i niezdolność do pracy. Każdy nieuprzedzony spostrzegacz mógł przekonać się, jakie trudności nasuwa niekiedy ostra sprawa zapalna jajowodów z powodu zrostów rozległych, zmuszająca nieraz do całkowitego usunięcia narządów rodnych, pomijając już zejścia śmiertelne, bynajmniej do rzadkości nie należące. A i przypadki przewlekłe, powikłane zwłaszcza przetokami, zaliczane są powszechnie do najpoważniej-

szych i najcięższych zabiegów operacyjnych w jamie brzusznej. Ostrożność ginekologów, nawet pochopnych do operowania, oparta jest w danym razie na bardzo rozległym doświadczeniu i wynika z przekonania o trudności rozpoznania i ustalenia istoty sprawy zapalnej przydatków macicznych w początkowych zwłaszcza okresach. Doświadczenie to uwzględnione być powinno. Z drugiej strony mając na uwadze przypadki takie, jak L., trzeba być wobec ropniaków jajowodowych zawsze gotowym do pomocy operacyjnej, jak się tego trzymamy właśnie w przewlekłych sprawach wyrostkowych.

Leśniowski odpowiada, że nigdy nie możemy wiedzieć po zbadaniu chorej nic pewniejszego o charakterze ropniaka jajowodu, a mianowicie: jaka jest jego zawartość, jakie zawiera on drobnoustroje, jaki będzie dalszy przebieg, wreszcie—jakie powikłania? Gdybyśmy ropniaki jajowodów wogóle operowali wcześniej, niż to dotychczas ma miejsce, to nie byłoby wokoło nich tak tęgich zrostów, przetok do kiszki, do pęcherza moczowego i innych ciężkich powikłań, a operowanie ruchomego, zamkniętego ropniaka jajowodu jest rzeczą technicznie łatwą, nie musielibyśmy zatem wykonywać tak ciężkich operacji, narażających życie chorych na niebezpieczeństwo. Wyleczenie ropniaków—jest tylko względne i naogół rzadkie.

4. *Lewenstern* przedstawił zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej młodego człowieka, u którego przypadkowo stwierdzono prawostronne ułożenie serca; Roentgen wykazał istotnie situs viscerum mutatus; przedstawiona klisza wykazuje wątrobę na lewej, żołądek, śledzionę na prawej stronie; cień serca był całkowicie na prawo od linii środkowej.

W. DOBROWOLSKI.

II. POSIEDZENIA GINEKOLOGICZNE.

Posiedzenie dnia 25 października 1912 r.

1. *Altkausfer Henryk* przedstawił 3-letnią dziewczynkę T. H., którą skierował łaskawie do oddziału jego kol. B. Finkelkraut.

A. przedstawił chorą po dokonaniu operacji Gersunyego. Przed dokonaniem zabiegu z powodu okresu feryi w Towarzystwie Lekarskiem chorej przedstawić nie mógł.

Pacjentka przybyła do szpitala 27 sierpnia r. b., wskazując, że cierpi na moczocięki i wypadanie odbytnicy. Według słów krewnych, chora dotknięta jest wymienionemi cierpieniami od urodzenia.

Dziewczynka na wiek swój niezłe rozwinięta i odżywiona. Mówić i chodzić zaczęła w końcu drugiego roku życia. Rodzice i najbliżsi krewni—zdrowi. Na dolnych kończynach—wyraźne objawy krzywicy. Spojenie łonowe—prawidłowe. Gdy chora przybyła do oddziału, w okolicy narządów

pliciowych widoczne było b. mocne podrażnienie skóry. Wargi duże przedstawiły się w postaci dwóch podłużnych grubych wałków, nie złączonych ze sobą za pomocą spoidła (commissura posterior). Wejście do pochwy zupełnie prawidłowe. Błona dziewicza prawidłowa.

Na miejscu, gdzie znajduje się napletek lechtaczki, widziany był otwór zewnętrzny cewki, przez który wypadła śluzówka. Otwór cewki — rozszerzony; przepuszczał swobodnie mały palec. Krótkie wargi małe nie tworzyły spoidła przedniego. Z otworu stolcowego wypadł kawałek odbytnicy długości 12—15 cm.

4-go dnia po przybyciu do oddziału podczas płaczu, czy też krzyku, nastąpiło u chorej wycisowanie pęcherza moczowego przez otwór zewnętrzny cewki. Na wycisowanej śluzówce pęcherza moczowego widoczne były otwory moczowodów. Dla wprowadzenia wycisowanego narządu chorą uspiono za pomocą chloroformu, i dopiero w głębokim uspieniu udało się z trudnością wycisowany pęcherz odprowadzić na miejsce. Jednocześnie odprowadzono na miejsce wypadnięty kawał odbytnicy. Wycisowanie pęcherza nigdy przedtem nie miało miejsca.

Ciepłota przez cały czas pobytu chorej w szpitalu była prawidłowa, tętno — dobre. Po kilku dniach od chwili odprowadzenia na miejsce odbytnica wypadła z powrotem.

Dnia 3 października 1912 r. w uspieniu eterowochloroformowem A. dokończył na śluzówce cewki zabieg Gersunyego, skręciwszy śluzówkę na 180°. Prócz tego, odświeżył brzegi wewnętrzne górnej części warg małych, wyciął na wzgórku łonowym płat skóry w kształcie trójkąta, zwróconego wierzchołkiem ku górze. Po zaszcyciu brzegów rany skórnej i odświeżonych powierzchni warg małych wytworzył się rodzaj klapy, zakrywającej otwór cewki. Do kanału cewki wprowadzono cewnik Nelatona. Chora zniosła zabieg b. dobrze.

Nazajutrz po operacji cewnik, który był przymocowany szwem jedwabnym do jednej z warg dużych, wypadł, i więcej go już do cewki nie wprowadzono.

Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Rany zagoiły się przez rychłozrost.

7-go dnia po operacji chora zaczęła odczuwać potrzebę oddawania moczu, i była w możności zatrzymywać mocz w pęcherzu w przeciągu najwyżej 15 minut. Podczas oddawania mocz wydzieliał się niewielkim strumieniem.

Po 2 tygodniach od dnia zabiegu, po kąpielach, chora zaczęła oddawać mocz prawidłowo—co kilka godzin. Obecnie w przeciągu nocy oddaje mocz raz jeden.

Od dnia, kiedy chora zaczęła oddawać mocz według swej woli, odbytnica nie wypadła ani razu. Zaczerwienienie w okolicy narządów płciowych znikło prawie zupełnie.

Załączone zdjęcia fotograficzne (4) dały dokładne wyobrażenie o wyglądzie organów płciowych pacjentki przed zabiegiem i po dokonaniu takowego.

Stankiewicz Czesław na zasadzie 3-ch operacji, wykonanych sposobem Gersunyego-Poussona, wypowiada zdanie, że należy poczekać na ostateczny wynik nieco dłużej, gdyż nieraz po kilku tygodniach występuje nie-trzymanie moczu.

2. *Krąkowski* przedstawił dwie chore z oddziału Dr. Sławińskiego po usunięciu mięśniaków drogą brzuszną za pomocą cięcia poprzecznego. Technika tego sposobu operowania jest następująca: cięcie skóry poprzeczne, lub lekko łukowate na 2—3 cm. powyżej spojenia łonowego, dokładne podwiązanie krwawiących naczyń, poprzeczne cięcie powięzi, rozsuniecie tępymi hakami mięśni prostych i poprzeczne przecięcie otrzewnej. Często-kroć w celu wytworzenia większego dostępu należy naciąć mięsień prosty jeden, lub obydwa. Zeszywanie ściany brzusznej odbywa się prędko i łatwo, jeżeli dwa przeciwne kąty nacięcia otrzewnej ująć pincetami Kochera i lekko unieść ku górze; na powięź szew węzłkowy ze struny lub cienkiego silkwormu, szew ten jednocześnie zbliża nacięte lub przecięte m. proste.

Cięcie to jest bardziej fizyologiczne, niż podłużne, dostęp daje lepszy szczególnie, gdy wypadnie operować w głębi w bocznych częściach miednicy małej; nawet guzy, sięgające powyżej pępka, tą drogą mogą być usunięte, czego dowodem jeden z demonstrowanych przypadków; blizna wypadła ładniejsza, gdyż ukryta we włosach lub w fałdzie skóry. W okresie pooperacyjnym chore o wiele wcześniej mogą siadać i podnosić się. Do demonstracji celowo wybrano dwa przypadki z ropieniem w linii szwu, aby uwidocznić, że nawet w tych razach przecięte mięśnie proste zrastają się: podczas zmiany pozycji z siedzącej na stojącą, podczas kaszlu, nadymania się i t. p. po obydwóch stronach smugi białej wyraźnie napinają się wstęgi mięśniowe.

K. przedstawił również ciężarną w 9-ym miesiącu ciąży z podłużną blizną w środkowej linii brzucha poniżej pępka, długości 10 cm., powstałej wskutek cięcia brzuszego, wykonanego w 3-im m. ciąży z powodu rozpoznania torbieli o skręconej szypule. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, rychłozrost (szew ściany brzusznej trzypiętrowy); po 14 dniach wypisana w stanie zupełnie dobrym. Podczas dalszego rozwoju ciąży blizna postępowo rozciągała się i zabarwiała i obecnie przedstawia smugę szerokości 1½ cm. koloru ciemnofioletowego. K. wyraża przypuszczenie, że, gdyby operacja była wykonana za pomocą cięcia poprzecznego, wówczas blizna poprzeczna, która wypadłaby tuż nad spojeniem łonowym, nie podlegałaby rozciąganiu i o wiele byłaby pewniejsza w stosunku do możliwej w danym przypadku przepukliny, pomimo idealnego przebiegu, rychłozrostu i noszenia dobrze przystosowanego pasa.

Stankiewicz Czesław jest zdania, że cięcie to jest cięciem łukowatym Bardenheuera i że przedstawione 2 przypadki, jako gojące się per secundam, niezbyt mogą zachęcać do stosowania tego cięcia. Co się zaś tyczy chorej po cięciu podłużnym, to chora ta, jako znajdująca się w ostatnich miesiącach ciąży, nie nadaje się do porównania, gdyż, jak wiadomo, blizna brzuszna w tych warunkach zazwyczaj ulega rozciągnięciu i silnemu zabarwieniu.

Natanson nie sądzi, aby mogło być jedno cięcie, nadające się do wszystkich przypadków, i radzi stosować bądź podłużne, bądź też poprzeczne cięcie zależnie od tego, co spodziewamy się zastać w jamie brzusznej. Wysokie usadowienie guza, obecność zrostów, znaczna tusza chorej, pewność, że trzeba będzie założyć sączek lub gazę — wszystko to skłania do cięcia podłużnego. Przy zwykłej wolnej torbieli jajnika, gdzie cięcie podłużne może być zredukowane do minimum, N. woli je od poprzecznego. Względy kosmetyczne są, zdaniem Natansona, nieco przesadzone, bo w praktyce szpitalnej nie wchodzi one prawie wcale w grę, a w praktyce pozaszpitalnej stosują się tylko do bardzo młodych chorych.

Sławiński z powodu demonstrowanych przez Krąkowskiego chorych szpitalnych dodaje, że od dwu lat stosuje w oddziale a i w praktyce prywatnej prawie wyłącznie cięcia poprzeczne nietylko do udostępnienia jamy miednicy, lecz wogóle jako zwykłe cięcie brzuszne. Ułatwia ono znacznie operowanie w miednicy z tego już względu, że można zupełnie obyć się bez haków, bez rozciągania napiętych mięśni, co zmniejsza uraz tkanek i liczbę pomocników. Cięcia poprzeczne można przedłużać, nie oglądając się na większe lub zupełne przecięcie m. m. prostych, a nawet i częściowo skośnych, od kolca do kolca; ułatwia to znacznie zabieg właśnie w tych okolicznościach, jakie powstrzymują Natansona od cięcia poprzecznego górny brzeg rany można bez wysiłku podnieść do góry i zsunąć z wysoko usadowionego guza, a oddzielania zrostów nie tamują boczne ściany rany, napinające się przy cięciu podłużnym najbardziej na dole przy miednicy, gdzie cięcie poprzeczne zapewnia zupełną swobodę. Co się tyczy innych zabiegów w jamie brzusznej, S. stosuje cięcia poprzeczne w operacjach na drogach żółciowych, żołądka i kiszki nie mówiąc już o stałym jego użyciu do usuwania wyrostka robaczkowego. Dodać wszakże należy, że jest to zabieg, w porównaniu do cięcia podłużnego, wogóle dłuższy, mozolniejszy zwłaszcza ze względu na przecięcie znaczniejszej liczby naczyń, tę jednak niewygodę okupują inne zalety, a więc łatwość zeszywania poszczególnych warstw, bez wszelkiego napięcia; względy kosmetyczne, bardzo ważne dla chorych, a niedoceniane przez lekarzy, co zaś najważniejsza —względ ekonomiczny, brak przepuklin pooperacyjnych nawet w tych przypadkach, gdzie wypadnie tamponować jamę brzuszną, lub po zropieniu szwów ściennych. Ten właśnie względ skłonił do demonstracji tu przypadków „nie gładkich“, bo w tem upatrywać należy główną zaletę, że daje ona szybciej, niż cięcie podłużne, możliwość wstawiania i zapewnia mocną bliznę tam, gdzie trzeba było stosować pasy brzuszne, lub usuwać nowym zabiegiem przepukliny ściany brzusznej.

Zaborowski przeciwny jest cięciu poprzecznemu w przypadkach, gdzie obawiać się lub spodziewać należy ropienia i gdzie zająć może potrzeba sączkowania jamy brzusznej (worek Mikulicza). Brak rychłozrostu w tych przypadkach dałby przepuklinę gorszą, niż po cięciu podłużnym. We faldzie, w którym u kobiet otyłych prowadzone bywa cięcie ze względów kosmetycznych, ma się skórę gorzej odżywianą, niekiedy zmacerowaną i dlatego Z. radzi prowadzić cięcie nieco wyżej lub niżej w skórze zdrowej.

Prócz tego w dyskusji zabrał głos Zweigbaum.

3. *Natanson* przedstawił:

a) Trzon macicy, wyjęty przez przednie sklepienie z pozostawieniem części pochwowej i przydatków, zawierający w tylnej ścianie włókniaczek. Wskazaniem do zabiegu były silne krwawienia u chorej 42-letniej, która nigdy nie odbywała porodów. Krwawienia, trwające od paru lat, zostały przed 1½ rokiem przerwane na kilka miesięcy za pomocą wyskrobania śluzówki przerosłej znacznie, ale powróciły z większym jeszcze natężeniem. Zabieg był łatwy bez względu na wąską pochwę, niepodatne tkanki i spory trzon macicy. W przebiegu zeszywania głębszych warstw przedniego sklepienia ujęty został pęcherz, co pociągnęło za sobą utworzenie się przetoki pęcherzowopochwowej. Przetoka została zeszyta po 6 tygodniach z pomysłnym wynikiem.

b) Macicę, usuniętą przez pochwę u chorej 49-letniej, wieloródki. Przed 2 laty krótki okres zmniejszonych ilościowo miesiączek, w roku bieżącym opóźnienie się miesiączek o kilka tygodni. W maju silne bardzo krwawienie miesięczne, w czerwcu chora poddaje się wyskrobaniu macicy i odtąd krwawi nieledwie bez przerwy bardzo obficie. Macica powiększona nieregularnie, twarda, przydatki i więzy prawidłowe. Bezkrwistość (Hb 45%, czerwonych ciałek 3,200,000). Endocarditis chronica. Condensatio apicis dextri. Wobec tego stanu N. nie chciał zadługo leczyć wyczekująco i usunął macicę. Okazało się, że zawierała ona 6 małych włókniaczków, z których jeden sterczał ku jamie macicy w miejscu jajowodu, i był głównym powodem obfitych krwawień.

c) Przydatki chorej 30-letniej, przedstawiające kombinację ciąży jajowodowej i torbieli jajnika. Chora urodziła przed 4 laty prawidłowo, obecnie zaś po 6-tygodniowej przerwie w miesiączkowaniu krwawiła przez 6 tygodni w połączeniu z umiarkowanymi bólami w podbrzuszu. Podczas operacji znaleziono niewielką ilość krwi w jamie brzusznej. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

d) Płód 4-miesięczny z łożyskiem, wydobyty z jamy brzusznej u chorej 19-letniej, zamężnej od 7 miesięcy. W 2-im miesiącu po wyjściu za mąż chorej nastąpiła przerwa miesiączkowania, która trwała 12 tygodni, poczem nastąpiło krwawienie trzydniowe niezbyt obfite i znów krwawienie było przez 4 tygodnie. Chora przybyła do szpitala z powodu bólów w brzuchu, nieraz bardzo silnych. Badanie wykazało macicę powiększoną, miękką, zsunietą na prawo, na lewo zaś od niej i nad nią guz, sięgający do pępka, miękkiej, o zarysach niewyraźnych, niebolesny. Podczas operacji okazało się, że płód 4-miesięczny leży zupełnie wolno wśród kiszek, łożysko zaś znajduje się w lewym kącie jajowodowym macicy, do której ściśle przylega. Łożysko pokryte jest resztkami błon jajowych i dużym skrzepem. Pępowina ma 12 cm. długości. Płód świeży, wymoczenie zaledwie rozpoczęte. W jamie brzusznej znaczna ilość skrzepów. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

e) Trzon macicy z guzem w przedniej ścianie, usunięty z pozostawieniem szyi u chorej 36-letniej, która nigdy nie rodziła. Chora przybyła do

oddziału z powodu obfitych krwawień. Badanie wykazało guz, wielkości główki noworodka, zastępujący miejsce trzonu macicy. W przebiegu operacji uderzyło, że po wkręceniu korkociągu począł tryskać płyn przezroczysty, że jednak wygląd macicy, ani jajników nie pozwalał na rozpoznanie ciąży, przeto wykonano odcięcie nadpochwowe. Przebieg operacji i okres pooperacyjny bez powikłań. Makroskopowe badanie wykazuje guz (włókniak), w którego wnętrzu znajdujemy jamę, wypełnioną płynem przezroczystym o ścianach postrzępionych, rozmiękłych. Badanie drobnowidzowe wykazuje włókniamięsak.

Lorentowicz sądzi, że w pierwszym przypadku, gdzie kol. N. z powodu krwawień macicznych dokonał cięcia nadpochwowego przez przednie sklepienie metodą Riecka, można było zamiast tego zabiegu poddać chorą, będącą w okresie przekwitania, naświetlaniu promieniami Roentgena, które, jak wykazują liczne doświadczenia rozmaitych autorów, dają do 90% wyleczeń, t. j. sprowadzają szybko ustanie miesiączki—co tembardziej zrobić należało, zdaniem L., skoro chora miała zajęte szczyty płuc, zmiany w sercu, i niski odsetek hemoglobiny (45%).

Co się zaś tyczy drugiego przypadku, w którym zjawily się obfite krwawienia miesiączkowe dopiero w okresie przekwitania, mimo obecności włóknaków i zdrowej śluzówki macicy, to L. sądzi, że włóknaki odgrywały rolę zgola niewinną i nie miały żadnego wpływu na wzmożenie krwawień, które były zwykłymi krwawieniami przedklimakterycznymi, i dlatego i w danym przypadku można było spodziewać się zupełnie dobrego wyniku od zastosowania naświetlania promieniami Roentgena.

Stankiewicz Czesław jest zdania, że postępowanie kol. Natansona było zupełnie słuszne, gdyż oba przypadki z powodu obecności włóknaków podśluzowych nie nadawały się do naświetlania promieniami Roentgena.

4. *Cykowski* wypowiedział odczyt p. t. „Kleszcze porodowe wysokie“. W pracy swej prelegent zestawil odnośne poglądy Sołowija, Kroeniga, Mengego, Olshausena, Münchmeyera i Wahla, Wińckela, Schicka, Jordana, Dobrowolskiego i innych zarówno zwolenników, jak i przeciwników nakładania kleszczy na „wysoko“ stojącą główkę.

Następnie prelegent omówil różnego rodzaju kleszcze, mogące być nałożone na wysoko stojącą główkę; zaznaczył, iż wyprowadzanie główki, znajdującej się wysoko, kleszczami zwykłymi nie jest właściwe, albowiem linia pociągania kleszczami tymi nie odpowiada osi miednicowej, przytoczył odnośne twierdzenia Huberta i Reida, podał tablicę obliczenia siły pożytecznej i szkodliwej podług Simpsona, wreszcie — wspomnial o dążnościach Levreta i Osiandera — ojca, skierowanych ku zmniejszeniu ujemnych skutków posiłkowania się kleszczami zwykłymi wobec znajdującej się wysoko główki.

Dalej Cykowski uwydatnił ujemne cechy kleszczy Tarniera, którymi również nie możemy pociągać główki ściśle w kierunku osi miednicy, przytoczył odpowiednie zastrzeżenia Fenomenowa, i przeszedł do rozpatrzenia kleszczy Breussa, których stosowanie gwarantuje główce obniżanie się w tym tylko kierunku, jaki jej zakreśla kanał miednicowy.

Cykowski wykazał cały chaos, jaki panuje w kwestyi, w jakim wymiarze miednicy nakładać kleszcze wysokie, przytoczył odnośne żądania Fenomenowa, Pinarda, Budina, Breussa, Bunma, Brauna i Skutscha; następnie prelegent omówił uszkodzenia płodu w razie nieprawidłowego obejmowania główki płodu kleszczami zwykłymi, czy też „osiowymi“, a więc — pęknięcia naczyń czaszkowych płodu z wynikiem śmiertelnym, pęknięcia, złamania i złamania kości czaszki czy twarzy, np. złamanie oczodołu z następstwem exophthalmus.

Osobiście prelegent od lat 18-tu stosuje na wysoko stojącą główkę kleszcze Łazarewicza-Fiedorowa, posiadające łyżki nie krzyżujące się, i zupełnie pozbawione wygięcia miednicowego, czyli t zw kleszcze „proste“.

Mówca podaje szczegółowo własną kazuistykę, obejmującą 38 przypadków, omawia wskazania do zabiegów, wyniki dla matek i płodów; odnośnie ostatniego punktu zastanawia się szczegółowiej nad przyczynami śmierci płodów w niektórych przypadkach i wykazuje, iż przy użyciu kleszczy prostych wyniki dla płodów (i matek) są zupełnie pomyślne.

Nieco szerzej prelegent omówił sposoby nakładania kleszczy prostych w wejściu miednicowem, w zależności od kierunku, w jakim przebiega szew strzałkowy, i w zakończeniu uzasadnia prawo obywatelstwa tej odmianie kleszczy w sposób następujący:

Niektórzy autorowie na wysoko stojącą główkę nakładają zwykle kleszcze krzywe, lecz zastrzegają sobie, aby one posiadały niezbyt silne wygięcie miednicowe; następnie—kleszcze „osiowe“ Tarniera posiadają mierne tylko wygięcie miednicowe; kleszcze Breussa mają to do siebie, iż im więcej, podczas pociągania nimi główki, dodane do kleszczy tych specjalne pręty odbiegają od rękojeści, tem mniejsze się staje wygięcie miednicowe w kleszczach, aż do zupełnego niemal wyprostowania łyżek. Stąd krok już tylko do kleszczy, zupełnie owego wygięcia miednicowego pozbawionych.

Osobiście też Cykowski na kleszcze Breussa patrzy, jako na formę — do pewnego stopnia—tylko przejściową do kleszczy „prostych“.

Monsiorski, zabierając głos w sprawie tak zwanych wysokich kleszczy, uważa wskazania za rzecz najważniejszą. O ile zachodzi dysproporcya pomiędzy wymiarami miednicy i główki, M. jest stanowczo przeciwny nakładaniu kleszczy, które albo nie dadzą pożądanego skutku, albo wpłyną na uszkodzenie bądź matki, bądź płodu. Jeżeli wogóle może być mowa o wysokich kleszczach, to wskazań do tychże szukać należy tylko w zaburzeniach fizjologicznych czynności macicy, wywołanych bądź nieprawidłowościami ze strony narządów rodnych (np. łożysko na dolnym odcinku macicy, małe włókniaki i t. d.), bądź niewielkimi zboczeniami w położeniu dziecka (słabe stopnie asynklytyzmu). Co się tyczy kleszczy, jako instrumentu, to Monsiorski uważa kleszcze Tarniera za najlepsze i tylko je stosuje. Jednakże, jakkolwiek te kleszcze są przystosowane i do zmiany pozycji główki, M. obawiałby się użyć ich w tym celu, a to z powodu możliwych uszkodzeń części miękkich (raz jeden M. po takim zbiegu miał znaczniejsze uszkodzenie pochwy). M. nakłada kleszcze bądź w skośnym, bądź w poprzecznym wymiarze. Co się zaś tyczy zasady, głoszonej przez Pi-

narda, aby najprzód poszukać ucha dziecka, zwróconego ku kości krzyżowej, i tam nałożyć tylną łyżkę, drugą zaś łyżkę nałożyć symetrycznie do pierwszej, stosując, w razie potrzeby, t. zw. ruchy spiralne (M-me Lachapelle), M. uważa i to za rękoczyn niebezpieczny dla części miękkich matki. W sprawie prostych kleszczy M. zdania nie wypowiada, gdyż tych nigdy nie stosował, braku ich nie odczuwał.

Natanson uważa nakładanie t. zw. wysokich kleszczy za zabieg bardzo niebezpieczny i nader rzadko wskazany. Niebezpieczeństwo polega na znacznem prawdopodobieństwie zaszkodzenia szyi i dolnego odcinka macicy, ewentualnie—sklepień, i nie równoważy go szansa uratowania dziecka, które często pada ofiarą koniecznego, bardzo silnego ucisku na główkę. Wskazanie daje się ustalić tylko bardzo ogólnikowo i N. sądzi, że w bardzo wielu przypadkach albo wczesny obrót przy wadliwym ustawianiu się główki ruchomej, albo wyczekiwanie, o ile główka ustaliła się, zastąpiłyby t. zw. wysokie kleszcze. W większości przypadków opisywanych, nie wyłączając przypadków prelegenta, N. nie widzi dostatecznego uzasadnienia do zabiegu, który radby widzieć zarzuconym zupełnie. Co do kleszczy prostych, N. nie ma żadnego doświadczenia, jest jednak zupełnie zadowolony z kleszczy Tarniera, których używa w trudnych przypadkach, kiedy główka stoi względnie wysoko.

Zweigbaum nie chce mówić o wskazaniach do wysokich kleszczy, gdyż sprawę tę uważa za księgę już zamkniętą. Nakładanie kleszczy na główkę wysoko stojącą jest powszechnie uznane za zabieg bardzo niebezpieczny, ogólnie więc już co do tego panuje zgoda, że wysokich kleszczy unikać należy.

Co się tyczy kleszczy Łazarewicza, to Z. chętnie przyznaje, że dla wirtuoza niema złego instrumentu. Lecz nie o wirtuozów tu chodzi, ale o zwykłych lekarzy-praktyków, zwłaszcza lekarzy prowincjonalnych, którym do operowania dać trzeba narzędzia, gwarantujące chorym możliwie największe bezpieczeństwo. Do tej kategorii kleszczy Łazarewicza, jeśli są stosowane na główkę wysoko stojącą, zaliczyć niepodobna. Zasada jest ogólnie przyjętą, że, pociągając wysokimi kleszczami, należy z początku kierować je ku dołowi, zupełnie nisko, a następnie, w miarę zstępowania główki, zwracać je powoli naprzód, ku górze. Dlatego też właśnie dodano kleszczom krzywiznę miednicową, aby można było łatwiej i bezpieczniej kierować główkę w kierunku osi miednicy. Dlatego także Tarnier do kleszczy dodał rodzaj lejców metalowych, aby główka, zstępując przy pociąganiu coraz niżej, mogła sama swobodnie wykonywać zwroty w osi miednicy. Kleszczami Łazarewicza nie można główce nadawać tego kierunku, kleszczami tymi trzeba bezustannie pociągać główkę w jednym tylko kierunku prostym, a wszelkie zwroty nimi, np. kierowanie główki ku górze, staną się niezawodnie powodem uszkodzenia części miękkich na wysokości wzgórek i niżej.

Co zaś do sposobu nakładania kleszczy Łazarewicza na główkę wysoko stojącą, to Z. za złudzenie poczytuje mniemanie, iż kleszcze te można nałożyć w wymiarze prostym wejścia miednicowego. Ani pod spojenie ło-

nowe, ani nad wzgórek łyżki podprowadzić niepodobna, i kleszcze zawsze zbaczać będą do wymiaru skośnego miednicy, w którym też tylko nakładać je można na główkę wysoko stojącą.

Zw. raz jeszcze zaznacza, że wysokie kleszcze Łazarewiczca poczytuje za zabieg bardzo niebezpieczny: samo też narzędzie nie zdołało wyrobić sobie popularności ani za granicą, ani też nawet w Rosyi.

Endelman sądzi, że wysokie kleszcze dają dobre wyniki jedynie w tych przypadkach, w których główka dużym odcinkiem znajduje się w wejściu do miednicy. Najpomyślniej przedstawiają się wyniki stosowania wysokich kleszczy przy płaskiej rachitycznej miednicy, gorzej — przy zwykłej płaskiej, a najgorzej — przy ogólnie zwężonej.

E. prostych kleszczy nie używa, natomiast bardzo poleca kleszcze Tarniera.

Szymański — wobec zbyt krótkiego czasu, przeznaczonego na dyskusję, z konieczności ograniczyć się musi do najważniejszych punktów poruszonej przez prelegenta sprawy, a mianowicie do kleszczy wysokich, zabiegu poważnego i niebezpiecznego nawet w rękach najwytrawniejszych specjalistów. Przedewszystkiem dziwi, a może i zdumiewa wielka liczba kleszczy w krótkim czasie dokonanych. Na 2000 z górą porodów, według słów prelegenta, 38 przypadków wysokich kleszczy jest liczbą wielką. W klinikach zachodnich liczba kleszczy wogóle jest mała, a wysokich nieznaczna. Sellheim w swej klinice w ciągu lat czterech stosował kleszcze wysokie tylko 6 razy. W klinice Fehlinga liczba kleszczy wogóle wynosiła 3,94% a wysokie kleszcze stanowiły 4% kleszczy wogóle. To samo stwierdza największa może statystyka v. Winckela, obliczona na 20604 porody.

Mówca wysokie kleszcze nakładał niejednokrotnie i nie bez powodzenia, lecz uważał, że jest to operacja, która wymaga nadzwyczaj ścisłych wskazań, a to ze względu na niebezpieczeństwa, jakie zabieg ten w sobie kryje tak dla matki, jak i dla płodu. Pęknięcia szyi macicy i rozdarcia jej trzonu, pęknięcia sklepień pochwowych, ścian pochwy i głębokie pęknięcia krocza, a następnie — zmiążdżenia główki czynią z wysokich kleszczy zabieg groźny, a po za tem niepewny, śmiertelność bowiem i liczba zachorzeń matek, a także śmiertelność dzieci jest znaczniejsza, aniżeli nawet po pubiotomii. Zarówno statystyka klinik najcelniejszych, jak i doświadczenie osobiste, zdobyte w ciągu kilkunastoletniej pracy w przytułku, a obecnie od roku prawie w Zakładzie Ś-tej Zofii, przemawia bezwarunkowo przeciw użyciu kleszczy wysokich. W tym ostatnim na tysiąc kilkaset rodzących kleszcze wogóle nakładano rzadko, a liczba ich nie przenosi kilkunastu przypadków. Jest to zupełnie zrozumiałe wobec faktu stwierdzonego, że miednica kobiety-polki naogół jest obszerna, a zniekształcenia jej spostrzegamy rzadko, a może i ta okoliczność, że kobieta-polka jest rodzicielką dobrą, a przedewszystkiem zdrową. Stąd, nie lekceważąc naturalnych sił porodowych, a ufając ich działaniu w biegu umiejętnie prowadzonego porodu, jak codzienne doświadczenie poucza, otrzymujemy doskonałe wyniki dla matki i płodu. Zachodzić, oczywiście, może potrzeba doraźnego rozwiązania rodzącej z różnych powodów,

np. z powodu objawów uciskowych, wtedy kleszcze wysokie zastosowane być mogą, ale wobec istnienia odpowiednich warunków. Szymański nie sądzi, aby można było, i stanowczym przeto jest przeciwnikiem nakładania kleszczy z powodu miednicy ścieśnionej. Kleszcze bowiem główkę zmiażdżą, lecz nie zmniejszą, a miednicy rozszerzyć nie mogą. Słabe bóle również nie mogą być wskazaniem, raczej przeciwwskazaniem dla kleszczy wysokich, które usprawiedliwia jedynie wysoce groźny stan matki, kiedy dokonanie w celu rozwiązania rodzącej i wydobycia żywego płodu—innego zabiegu, jak np. obrotu, nadłonowego cięcia cesarskiego, czy pubiotomii z powodu braku odpowiednich warunków jest niemożliwe.

Szymański nie używa kleszczy Tarniera, ani kleszczy prostych. Zwykłe kleszcze t. zw. Szkoły Wiedeńskiej nakłada na główkę wysoko stojącą w wyraźnie określonym wstawieniu w wymiarze skośnym. Odmiany kleszczy Łazarewicza, używanych przez prelegenta, nie zalicza do narzędzi lepszych, aniżeli kleszcze Tarniera czy Breussa, a dla usprawiedliwienia swojego mniemania przytacza opinię Krasowskiego z wydanego przez petersburskiego profesora dzieła o miednicy ścieśnionej, w którym została wypowiedziana ostra krytyka kleszczy prostych Łazarewicza, poparta obfitą kazuistyką uszkodzeń, przez instrument ten spowodowanych.

Wertenstein zwraca uwagę na to, że kleszcze proste (Łazarewicza) przeszkadzają pewnemu mechanizmowi, za pomocą którego natura radzi sobie w przypadkach niezbyt wielkiego niestosunku mechanicznego, mianowicie w gniecieniu, któremu ulega kość ciemieniowa, do wzgórka kości krzyżowej zwrócona.

Laskowski, pracując w klinice, używał kleszczy prostych i jeszcze dotychczas w pewnych, zresztą nielicznych, przypadkach kleszcze te stosuje. Niewątpliwie kleszcze te można nałożyć w wymiarze prostym. Nałożenie kleszczy w tym wymiarze nie przedstawia zbyt trudności. L. musi przytem zaznaczyć, że raz nałożone właściwie kleszcze proste bynajmniej nie zsuwają się z główki, lecz bardzo dobrze trzymają się na niej.

L. przypomina sobie jeden przypadek, w którym zakończył poród przez nałożenie kleszczy na główkę, gdzie chciał początkowo zrobić obrót i trzymał już nóżkę w ręku, obawiał się jednak pęknięcia macicy podczas obrotu, gdyż, pomimo głębokiego zachloroformowania, dolny odcinek ściśle obcisnął główkę.

Reasumując powiedziane, L. przychodzi do wniosku, że w pewnych przypadkach, przy umiejętnem użyciu, kleszcze te mogą okazać się b. pożytecznymi.

Odpowiadając Monsiorskiemu, prelegent oświadcza, iż bynajmniej nie ma zamiaru ganiaenia kleszczy Tarniera, albowiem — nie stosując ich — nie ma po temu prawa, przytacza jeno powszechnie stwierdzone ich wady, do szeregu których i sam Monsiorski dołącza jeszcze jedną, a mianowicie — powstawanie przedarc części miękkich w razie nakładania kleszczy tych w wymiarze prostym wejścia miednicowego.

Następnie prelegent nie zgadza się z twierdzeniem Monsiorskiego, iż w razie niestosunku przestrzeniowego nie należy nakładać kleszczy wyso-

kich: niestety—grożąca zamartwica płodu i objawy zagrażającego pęknięcia macicy zmuszają nas do dokonania powyższego zabiegu, dzięki któremu możemy uratować matkę i dziecko.

Żądanie Natansona, ażeby w przypadku szykującego się pęknięcia macicy stanowczo nie stosować kleszczy wejściowych, lecz od razu dokonywać perforacji płodu, jak również domaganie się unikania kleszczy wysokich w przypadkach płodów dużych—uważa Cykowski za niedopuszczalne.

Obaw Zwejgbauma, iż podczas podnoszenia kleszczy prostych ku górze można nimi uciskać wzgórek, Cykowski nie podziela. Wszak podnoszenie rączek kleszczy ku górze odbywa się wówczas, kiedy główka znajduje się już w wyjściu miednicowem, a więc poniżej wzgórka.

Na twierdzenie Endelmana, iż po operacjach kleszczy wysokich wyniki są złe w tych razach, kiedy główka była wstawiona w wyjściu miednicowem małym obwodem, Cykowski odpowiada, iż niewątpliwie wówczas wydobyć płodu przedstawia nieco większe trudności, atoli gorszych stosunkowo wyników dla płodów w tych przypadkach Cykowski, opierając się na doświadczeniu osobistym, nie widział.

W sprawie zalecanego przez Endelmana unikania kleszczy w przypadkach zagrażającego pęknięcia macicy Cykowski wypowiedział się już wyżej.

W odpowiedzi na zarzuty Szymańskiego prelegent zaznacza przede wszystkim, iż liczba 38 przypadków kleszczy wysokich wcale nie wydaje mu się za wielką — w stosunku do materiału kliniki położniczej Warszawskiej. Cykowski objaśnia, iż w pracy swojej nie może podać spostrzeżeń za czas całego swego 10-letniego pobytu w tutejszej klinice, lecz przedstawia odnośny materiał jedynie z okresu swojej ordynatury etatowej, trwającej dwa lata i kilka miesięcy, w ciągu którego to czasu liczba porodów dosięgła mniej więcej 2200; jeśli z liczby powyższej odłączymy czwartą część na porody operacyjne, otrzymamy przeszło 500 przypadków, a w takim razie liczba 38 wśród nich operacji kleszczy wysokich absolutnie nie może być poczytywana za zbyt wielką.

Wprawdzie kliniki niemieckie wykazują stosunkowo mniejszą odsetkę kleszczy wysokich, lecz Cykowskiego wcale to nie zadziwia, albowiem, nie będąc zwolennikami wysokiego nakładania kleszczy, Niemcy muszą z konieczności stosować znacznie częściej perforację płodu, i tak też jest w rzeczywistości.

Zresztą na miejscu tem Cykowski przypomnieć musi Szymańskiemu, iż kazuistyka prelegenta odnosi się do tego czasu, kiedy w tutejszym instytucie położniczym koncentrował się nieomal cały materiał położniczy operacyjny Warszawy i jej okolic.

Zarówno prelegent, jak i pracujący z nim wówczas koledzy pamiętają doskonale niejedną ciężko chorą, do operacji kwalifikującą się, której odmówiono przyjęcia w przytułkach i której dopiero w klinice położniczej dokonano rozwiązania, niekiedy bardzo spóźnionego.

Zarzut Szymańskiego, dlaczego kleszcze proste, skoro mają być tak dogodne w użyciu, są stosowane tylko przez nielicznych akuszerów — do-

wodzić może jedynie holdowania przez ogół lekarzy rutynie i zupełnej obojętności na nowsze drogi postępowania, zwłaszcza, jeżeli te ostatnie nie idą z Zachodu.

Odnosnie zaleconej przez Szymańskiego zamiast kleszczy wysokich pubiotomii Cykowski przypomina, iż zapal do zabiegu tego zarówno zagranicą, jak i u nas znacznie osłabł: ujemne strony omawianej operacji musiały przestać być lekceważone i dlatego z kolei Cykowski pragnąłby zapytać Szymańskiego, czemuż skoro pubiotomia ma być tak niewinnym zabiegiem— w całej Warszawie, w ciągu szeregu lat, zastosował ją jeden jedyny Endelman i to zaledwie u 2 chorych. Czyżby nie znalazło się więcej do zabiegu owego kwalifikujących się przypadków?

Szymański zastrzega się, iż fakt istnienia w danym przypadku miednicy zwężonej nie stanowi sam przez się wskazania do zastosowania kleszczy wysokich. Oczywiście, nikt temu przeczyć nie zechce, albowiem kleszcze wysokie nakładamy nie z powodu istnienia niestosunku przestrzennowego, lecz z powodu powikłań, jakie w następstwie tego niestosunku występują. Wszak olbrzymia większość porodów przy względnym niestosunku przestrzennowym odbywa się samoistnie, z wynikiem pomyślnym dla dziecka i matki, i nikomu wówczas do głowy nie przyjdzie utrudnianie sprawy przez niepotrzebne zastosowanie kleszczy wysokich. Są to rzeczy elementarne, nad którymi dłużej rozwodzić się nie ma potrzeby.

Operowanie przy otwarciu macicy na 3—4 palce—czego obawia się Szymański— nie pociąga za sobą żadnych złych skutków, byleby manipulować kleszczami ostrożnie i nieforsownie.

W zakończeniu odpowiedzi swych Cykowski przyznaje, iż operacja kleszczy wysokich niewątpliwie stanowi zabieg ciężki, poważny, posiłkowanie się czy to kleszczami osiowymi, czy prostymi oczywiście wymaga dużej wprawy, a jednak trzeba się nauczyć tego zabiegu, nieodzownego w życiu codziennem praktyka akuszera i ratującego bardzo często matkę i płód od niechybnej śmierci.

BR. SZYBOWSKI.

Posiedzenie dnia 29 listopada 1912 r.

I. *Zaborowski* przedstawił włókniki macicy, którą usunął cięciem nadpochwowem. Ze względu na swą wielkość preparat, ważący 13 kil. 904 gr. (32 funt. 8 łutów), w naszych nawet warunkach, gdzie mało kulturalna ludność na zabiegi operacyjne godzi się niechętnie i tylko w ostateczności, zasługuje na uwagę, jako wyjątkowo duży. O istnieniu „guza w brzuchu“ zresztą chora wiedziała już od lat pięciu. Do lekarza nie zwracała się z obawy przed szpitalem i operacją. Z powodu ciężaru i objętości nowotworu, jak również z powodu niezwykłych stosunków anatomicznych, które wystąpiły pod wpływem szybkiego rozrostu tegoż, zabieg był ciężki i trudny, tem więcej, że wobec słabej sprawności serca, wobec powtarzających się parokrotnie, już na stole operacyjnym, zapaści i znacznej bądź co bądź utraty krwi postępować należało możliwie szybko.

Już samo wyłonienie nazewnątrz tworu, wychodzącego z małej miednicy z szypułą grubości uda, a dalej — określenie jego stosunku do sąsiednich narządów i uprzystępnienie jego przyczepów łatwe bynajmniej nie było. Główna część nowotworów, leżąca w jamie brzusznej, miała postać wielkiego pomidora, składającego się z pojedynczych kłębów, wielkości głowy, przedzielonych głębokimi bruzdami, w których przebiegały więzy i przydatki. Na stronie prawej twór, wyłaniający się z małej miednicy, odgraniczony był od otoczenia nieco wyraźniej i odnośne więzy i przydatki łatwiejsze do odszukania. Na stronie lewej, natomiast, nowotwory, rozrastające się w stronę ściany brzusznej, rozwarstwiły zupełnie listki więzu szerokiego i odłuszczyły otrzewną ścianę brzusznej, stykając się z tą ostatnią bardzo ściśle. Prawie nie załamując się we fałdę, otrzewna przechodziła ze ściany brzusznej na porytą głębokimi brózdami powierzchnię nowotworu. Odszukanie więzów i przydatków po stronie lewej było niemożliwe. Narzędzia, używane zwykle przy podobnych zabiegach, w danym przypadku z powodu wielkości operowanego tworu, były niewystarczające. Szczęki klampów największego rozmiaru były zbyt krótkie, muzeux i korkociągi zbyt słabe. Zaopatrzenie jednak i podwiązanie więzów i naczyń z prawej strony udało się względnie szybko. Po lewej stronie natomiast, gdzie zagłębienia między pojedynczymi kłębami nowotworu były bardzo głębokie i gdzie te ostatnie przywierały ściśle do miednicy i do ściany brzucha, ta sama część zabiegu była bardzo trudna, dokonywana niejasno i pociągnęła za sobą znaczne, niepożądane powikłania.

Kiedy po przecięciu otrzewnej na tylnej i na przedniej powierzchni nowotworu uwalniać je poczęto z kolei na stronie lewej, po której odrębność pojedynczych kłębów nowotworu i rozdzielające je zagłębienia wyrażone były najsilniej, wobec trudności ścisłego określenia, które mianowicie tkanki odpowiadają więzom, dalej wobec wielkich nierówności powierzchni i licznych grubych naczyń, przebiegających na tej właśnie stronie nowotworu, wyraźne określenie poziomu, na którym można było bezpiecznie nakładać klampy i przecinać przyczepy guza, było niemożliwe. Na szczegółowe zaś rozpatrywanie topografii i na powolne anatomiczne preparowanie tkanek ze względu na coraz gorszy stan operowanej pozwolić sobie nie było można. Otrzewną więc i tkanki te, odpowiadające lewemu więzowi szerokiemu, ujęto w klampy i przecięto na powierzchni nowotworu na cztery palce od zewnętrznego brzegu stykającego się ze ścianą brzucha. Kiedy z podwiązywanych stopniowo i przecinanych tkanek wyjmować poczęto klampy, okazało się, że wraz z nowotworem wycięta została część moczowodu lewego, przebiegająca nie po ścianie brzusznej, lecz w masie nowotworu, na dnie zagłębienia, dzielącego dwa skrajne kłęby guza. Moczowód uniesiony został i wciągnięty na powierzchnię nowotworu przez zraz tego ostatniego, wyrastający na przedniej ścianie macicy, pod pęcherzem. Na przestrzeni 3 cm. otwarta została również ściana pęcherza moczowego, długim ścięczonym uchylkiem wciągnięta za moczowodem w zagłębienie, przebiegające na powierzchni nowotworu na lewej stronie, Przypuszczać obecności moczowodu, a tem mniej—uchyłka pęcherza w miej-

scu tem, daleko od ściany brzusznej, na wysokości, mniej więcej, pępka, nie można było. Ponieważ przywrócenie sprawności uszkodzonego moczowodu, wobec wielkiego braku tkanek i ciągłości, było niemożliwe, rezygnując z działalności odnośnej nerki, moczowód podwiązano, pęcherz zaś zaszyto szwem dwupiętrowym na głucho. Wobec wielkiej powierzchni rany, wyłączającej możliwość pokrycia jej otrzewną — worek Mikulicza. Po skończeniu zabiegu, który trwał 7 kwadransów, silna zapaść, która zaledwie ustąpiła pod wpływem wlewań podskórnych, sztucznego oddechania i kamfory. Po ośmiu dniach z rany sączyć się począł mocz z przeciętego moczowodu. Drugi moczowód, jak to sprawdzono cystoskopem, działa prawidłowo. Po trzech tygodniach usunięto lewą nerkę. Chora na wyzdrowieniu. Stan ogólny dobry.

W dyskusji zabierali głos: Neugebauer, Natanson i Rybicki.

2. *Jakowski Józef* przedstawił fotografię i preparat tłuszczaka wielkości głowy dorosłego człowieka—wagi 8-iu funtów, usuniętego u 54-letniej kobiety z prawej wargi sromnej. Guz siedział na szerokiej podstawie tak, że cięcie musiało być zrobione od wzgórka łonowego aż po za krocze. Guz udało się łatwo wyłuszczyć z otoczki, którą też usunięto; naczyń krwionośnych dużych nie było, ranę zaszyto, pozostawiwszy w dole otwór, przez który włożono sączek. Badanie mikroskopowe stwierdziło, że mamy do czynienia z tłuszczakiem.

3. *Natanson* przedstawił:

a) Chorą 43-letnią, która w przeciągu 3¹/₂ miesięcy przeszła, co następuje: w połowie lipca zgłosiła się do szpitala z objawami ciąży i dużym guzem miednicy. Guz przylegał ściśle do macicy i był rozpoznany, jako miękki włókniak. Cięcie brzucha wykazało jednak torbiel skórzastą wielkości głowy półrocznego dziecka, zrosniętą z otrzewną jamy Douglasa, kiszka i macicą. Po oddzieleniu torbieli usunięto ją i powłoki brzuszne zaszyto zupełnie. Cięża nie uległa przerwaniu i przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy.

Kilka tygodni potem chora zgłosiła się do oddziału położniczego, wskazując na bóle i krwawienie. Dłuższa obserwacja wykazała, że macica jest większa, niżby można oczekiwać po okresie ciąży, co wobec ciągłego krwawienia nasunęło rozpoznanie zaśniadu groniastego. Po rozszerzeniu macicy zaśniad wydobyto, poczem chora przestała krwawić i opuściła oddział z poprawą, gdyż stan ogólny jeszcze zupełnie nie był zadowalający.

Znów upłynęło parę tygodni i chora zgłosiła się znów ze skargą na krwawienie stałe, zwiększające się od czasu do czasu znacznie. Stan ogólny lichy. Chora błąda, bez sił i apetytu. Wykonano wyskrobanie próbne wobec podejrzenia na obecność chorionepitheliomatis maligni, i wydobyto sporo miękkich kawałków guza, które, zbadane drobnowidzowo, wykazały niewątpliwie obecność chorionepitheliomatis. Wykonane wyłuszczenie macicy przez pochwę potwierdziło w zupełności rozpoznanie i przekonało, że komórki syncythii wnikały już w mięśniówkę, nigdzie wszakże jej nie przenikały (demonstracja preparatów drobnowidzowych), co pozwala czynić rokowania pomyślne. Chora przeżyła operację bardzo łatwo i obecnie

czuje się zupełnie dobrze — tyje i wróciła do dawnego zasobu sił i usposobienia.

b) Jajowód i preparaty drobnowidzowe z niego w przypadku salpingitidis et peritonitidis tuberculosae.

Chora 32-letnia, V para, blada, wychudzona, narzeka na zupełny brak łaknienia i sił, nie gorączkuje, nie kaszle. Brzuch wzdęty, mało bolesny. Macica spora, twarda, mało ruchoma; na miejscu obu przydatków guzy o powierzchni nierównej i zarysach niewyraźnych, zupełnie nieruchome. Prawy znacznie większy. Operacja wykazała bardzo znaczne zrośnięcie wszystkich części przewodu pokarmowego między sobą i ścianą brzuszną, tak że dostęp do małej miednicy był bardzo trudny. Przydatki tak zmienione, powiększone i przyrośnięte, że udało się wydobyć w całości tylko lewy jajowód i prawe przydatki. Cała otrzewna usiana guzikami. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy z wyjątkiem trzydniowych wymiotów. Badanie drobnowidzowe wykazuje gruzlicę jajowodów i otrzewnej.

c) Przydatki chorej 34 letniej, która po przebyciu wielotygodniowej sprawy zapalnej ze sporym wysiękiem poddała się operacji z powodu silnych bólów, upadku sił i łaknienia. Badanie części rodnych wykazało znaczne powiększenie i unieruchomienie przydatków, przeważnie prawych. Usunięto oba przydatki, wszakże badanie drobnowidzowe nie wykazało gruzlicy, lecz tylko bardzo znaczne zmiany nieżytowe z przerostem jajowodów. Przebieg pooperacyjny bardzo pomyślny; chora opuściła szpital z bardzo znaczną poprawą.

d) Jajowód i wyrostek robaczkowy chorej 26-letniej, która zgłosiła się do szpitala z powodu krwawienia, trwającego 18 dni, oraz napadów bólów w brzuchu. Badanie w uśpieniu wykazało nieznaczne powiększenie macicy i znaczne powiększenie lewostronnych przydatków. Rozpoznano haemosalpinx sinistra, jako wynik graviditatis ectopicae. Wszakże chora nie zgodziła się na operację i opuściła szpital. 12 dni po opuszczeniu szpitala Pogotowie Ratunkowe przywiozło chorą bez tętna, po napadzie bólów, połączonych z utratą przytomności. Badanie nie wykazało zmian w stanie części rodnych, wszakże wobec ponownej utraty przytomności z zanikiem tętna już na oddziale wykonano bezzwłocznie cięcie brzucha. Płynu wolnego, ani krwi w jamie brzusznej nie znaleziono, przydatki lewostronne powiększone, zrośnięte z tylną ścianą macicy, usunięto. Wyrostek robaczkowy znacznie powiększony (do 10 cm.), sztywny, zgrubiały, bardzo twardy, o bardzo długiej luźnej krezeczce usunięto również, poczem — po zaszcyciu powłok brzusznych — wyskrobano macicę, w której znaleziono w dnie guz twardy, szeroko przylegający do ścian macicy (włókniak). W jajowodzie badanie drobnowidzowe wykazało dawne zmiany zapalne z wylewem krwawym, w wyrostku zaś długi jednolity kamień kałowy. Jaka była przyczyna zapaści dwukrotnej — trudno z pewnością określić.

e) Macicę ciężarną, usianą licznymi po części bardzo dużymi włókniakami, usuniętą u chorej 27-letniej, od 7 miesięcy zamężnej — za pomocą odcięcia nadpochwowego, bez przerwania jaja płodowego. Chora uskarża się na brak tchu, lekko gorączkuje, krwawi i jest bardzo anemiczna (Hb 40%,

ciałek krwi czerwonych 3,000,200). Brzuch rozszerzony nadmiernie, obwód na wysokości pępka 95 cm., w najgrubszym miejscu 99 cm. Prawdopodobieństwo ciąży 4-miesięcznej. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono w macicy kilkanaście guzów od wielkości głowy dorosłego człowieka do wielkości jaja. Część nadpochwowa zawiera trzy spore guzy. Wobec tego wykonano cięcie nadpochwowe z pozostawieniem przydatków. Guzy są bądź różowe, miękkie, bądź białe bardzo twarde. Badanie drobnovidzowe wykazuje w jednych przewagę włókien mięśniowych, w drugich — tkanki łącznej włóknistej. Przebieg bez powikłań, ciepłota spada do normy, i pacjentka opuszcza szpital 14-go dnia po operacji zdrowa.

4. *Leśniowski* pokazał okaz samoistnie pękniętego ropniaka jajowodu i opowiedział historię choroby kobiety, od której okaz pochodzi.

Do oddziału ginekologicznego Szp. Dz. Jezus przed 5 miesiącami przybyła chora, od której dowiedziano się, że jest kilka lat mężatką, że w ciąży ani razu nie była. Od dłuższego czasu zaczęła cierpieć na bóle dołem brzucha, w krzyżu, na krwawienie. Badanie w narządach chorej nie wykryło nic nieprawidłowego. Badanie części rodnych stwierdziło, że w miednicy małej mieści się guz zapalny, w który jest wtopiona macica. Ani macicy osobno, ani przydatków w masie guza osobno wymacać niepodobna. Zastosowano leczenie zachowawcze, zwykle w tych razach stosowane. Ciepłota ciała, zwiększona w chwili przybycia chorej do oddziału, zmniejszyła się do stanu prawidłowego, stan chorej ogólny i miejscowy powoli poprawiał się. Guz zapalny w jamie miednicy małej zmniejszał się, z czasem można już było wyraźniej wyczuwać ropniakowo zmienione jajowody.

Po 5 miesiącach takiego zachowawczego leczenia, leżenia w łóżku, stan pacjentki ogólny i miejscowy uległ dużej poprawie. Atoli zaczęła chora znów odczuwać pewne dolegliwości dołem brzucha, przestała samoistnie oddawać stolce, brzuch rozdymał się coraz bardziej. Po obficie zastosowanych ławatywach udawało się wszakże wywoływać wypróżnienie. Naraz chora wieczorem dostała gwałtownych boleści w dole brzucha, ciepłota ciała zwiększyła się do 39°, zjawily się wymioty.

Nazajutrz rano *Leśniowski* był zawezwany do oddziału ginekologicznego dla naradzenia się wspólnego nad chorą. Stan chorej był wówczas nader ciężki: zapaść, skóra zimna, sinicowa, pokryta zimnym potem. Niepokój. Chora jęczy, niespokojnie porusza się. Tętno ledwo wyczuwalne. Wymioty prawie bez przerwy. Brzuch mocno wzdęty, obmacywanie jego, szczególnie w dole—mocno bolesne: na całej przestrzeni—bębnica. Ponad obu więzami Pouparta niewyraźne stwardnienie guzowate, większe na stronie prawej; tu i bolesność większa. Oddech mocno przyspieszony. Było oczywiste, że ma się do czynienia z rozlanem zapaleniem otrzewnej wskutek przedziurawienia się jakiegoś narządu, najprawdopodobniej wyrostka robaczkowego, albo też prawego ropniaka jajowodu. W każdym razie było oczywiste, że należy natychmiast wykonać operację. Chora na operację bardzo chętnie przystała.

Wobec podejrzenia na sprawę przywrostkową przeniesiono chorą do oddziału chirurgicznego. Cięcie poprowadził *Leśniowski* ponad i równo-

legle do więzu Pouparta prawego. Po nacięciu otrzewnej wypłynęła ciecz posokowatoropna. Po rozszerzeniu otworu w otrzewnej i wybraniu cieczy było widać, że jama ropnia jest ograniczona od przodu — otrzewą ścienną, od dołu otrzewną dołu biodrowego, od tyłu zaś, od góry i boków — przez pozrastale ze sobą i z otrzewną ścienną — kışkę grubą i mocno zgrubiałą sieć. Wyrostka robaczkowego nie było wcale widać. Natomiast od wewnętrznej kątą jamy wspomnianej zagłębiał się ku małej miednicy wązki kanał, z którego przy naciskaniu ponad spojeniem łonowym w obfitej ilości wypływała ropa. Po wybraniu jej paskami gazy dało się widzieć, że od dołu kanał ten jest ograniczony przez prawy róg dużej, obrzmiałej macicy, a od rogu tego zaczyna się twór kielbasowaty, który rychło zagina się poza macicę i zdąża ku zatoce Douglasa. Było oczywiste, że jest to ropniakowy jajowód prawy. Ponieważ robiło się coraz bardziej prawdopodobne, że on to właśnie jest sprawcą całego nieszczęścia, postanowiono usunąć go.

Przekonano się niebawem, że jest to zadanie bardzo trudne, gdyż tuż zaraz za macicą jest on wtopiony w zrost stary, bliznowy, nader mocny. L. odciął najpierw ropniak od rogu macicy i stąd zaczął wyosabniać ropniakowy jajowód. Jakkolwiek z nadzwyczajnymi trudnościami udało się wyłuszczyć $\frac{2}{3}$ ropniaka; wyłuszczyć zewnętrznej trzeciej części było wprost niepodobna. Wtedy L. naciął na ropniaku zgrubiałą powłokę otrzewną i z pod niej, względnie łatwo, wyłuszczył pozostałą część ropniaka jajowodu.

Jamę ropnia wypełnił Leśniowski workiem Mikulicza. Przebieg pooperacyjny zupełnie dla chorej pomyślny. Obecnie jest już zupełnie wygojona.

Przedstawiony przez L. okaz jest długości około 10 cm., grubości kielbaski. W zewnętrznej $\frac{1}{3}$ części ropniaka widać dwa otworki, o średnicy 0,5 cm.; dokoła otworów widać tkankę brunatną, zgorzelinową, co dowodzi, że w tych miejscach doszło do samoistnego pęknięcia ropniaka jajowodu. Otwory leżą tak, jak to bywa zazwyczaj, w zewnętrznej $\frac{1}{3}$ części jajowodu; podnieść należy tylko okoliczność, że mamy tu do czynienia z 2 otworami, zazwyczaj bywa otwór pojedynczy.

Leśniowski zaznacza, że, sądząc z pracy Gosselina, takie samoistne przedziurawienie się ropniaka jajowodu bynajmniej nie należy do rzadkości: podawane zwykle jako przyczyna — urazy, a więc dźwignięcie, gwałtowne spółkowanie i t. d, są tu okolicznością poboczną, rzeczywistą przyczyną — jest wrzodziejącozgorzelinowa sprawa w ścianie ropniaka. Pacjentka Leśniowskiego dostała samoistnego przedziurawienia się ropniaka po 5 miesięcznym, zresztą — zupełnie słusznie stosowanym leczeniu zachowawczym, podczas spokojnego leżenia w łóżku. Przypadek ten niewątpliwie dowodzi, jak dalece zdradliwą sprawą chorobową jest ropniak jajowodu. Wobec tego, że b. rzadko widuje się t. z. względne wygojenie się ropniaka jajowodu, że ropniak taki, trwając dłuższy czas, podkopuje zdrowie pacjentki, robi ją niezdolną do pracy, L. zachęca, by, skoro przekonamy się o bezskuteczności leczenia zachowawczego, szczególnie u kobiet z warstw pracujących, nie zbytnio zwlekać z wykonaniem odpowiedniego zabiegu operacyjnego.

Lorentowicz zaznacza, że zasada chirurgiczna, stosowana we wszel-

kich ropniach, która nakazuje: „ubi pus, evacua“ nie może być podstawą leczenia spraw ropnych jajowodów. Porównywanie ropniaków jajowodów ze sprawami ropnymi wyrostka robaczkowego jest niesłuszne ze względu na odmienne stosunki anatomiczne. Ropniaki jajowodów porównywać można raczej z zapaleniem przyjadrza, z powodu którego nikt operacji nie dokonywa. Ważny jest również rodzaj zakażenia, inne bowiem jest wskazane postępowanie w sprawach ropnych jajowodów, wywołanych gronkowcami i łańcuszkowcami (zakażenia poporodowe, lub poporonieniowe), inne natomiast w sprawach rzeżączkowych, stanowiących lwią część wszystkich schorzeń jajowodów. Co się tyczy tych ostatnich cierpień, to jest rzeczą ustaloną, że długotrwałe systematyczne leczenie zachowawcze, połączone z możliwym zachowaniem spokoju fizycznego, daje wyniki doskonałe, które w niektórych klinikach pozwoliły zredukować liczbę przypadków, wymagających zabiegu operacyjnego, do 14 — 7¹/₂%.

Na pytanie, czy możliwe jest wyleczenie ropniaka jajowodu metodami zachowawczymi, Lor. odpowiada twierdząco. Zależy to przedewszystkiem od rozmiarów worka ropnego, jak również od tego, czy ujście brzuszne jajowodów zamknięte zostało zrosniętymi ze sobą strzępkami, czy też zalepione jeno sklejinami, wytworzonymi nazewnątrz jajowodu sprawą rzeżączkową. W tych ostatnich przypadkach, bynajmniej nierzadkich, w pomyslnych warunkach ropa może wessać się, zrosty zniknąć i drożność jajowodu powrócić. Znany jest w piśmiennictwie przypadek Herrmanna (z kliniki Küstnera) dwustronnego ropniaka jajowodu pochodzenia rzeżączkowego, w którym dla potwierdzenia rozpoznania dokonane było próbne nakłucie ropniaka przez pochwę i wydobyła ropa, zawierająca dwoinki Neissera. Przypadek ten leczony był zachowawczo, chora wyzdrowiała, i po upływie pewnego czasu zaszła w ciążę. Bardzo interesujący jest również przypadek Gradla z kliniki monachijskiej Kleina dwustronnego ropniaka jajowodu, z powodu którego dokonana była laparotomia. Po otwarciu jamy otrzewnej przekonano się, że obydwa ropniaki (jeden wielkości kurzego jaja, drugi orzecha laskowego) były zrosnięte mocno z kiszka stolcową i jak gdyby przygotowywały się do wylania zawartości swej do światła kiszki. Z tego powodu, z obawy uszkodzenia kiszki — zaniechano usunięcia schorzałych jajowodów, licząc na samoistne wyleczenie. Istotnie — piątego dnia po operacji wylała się ropa przez kishkę stolcową. Chora ta w czwartym miesiącu po wylaniu się ropy — zaszła w ciążę, i we właściwym czasie urodziła zdrowe dziecko. Na dowód, że obecność ropy w jajowodach nie niszczy zupełnie po wydaleniu ropy zdolności jajowodu przesuwania jaja zapłodnionego ku macicy, czyli zdolności zajścia w ciążę — służyć mogą przypadki operacyjne Van Treuba z Amsterdamu, który w ropniakach jajowodów po przecięciu tylnego sklepienia pochwy stara się otworzyć na tępo schorzały jajowód czy jajnik, usuwa ropną zawartość, atoli bez wycinania chorych narządów. Ze 169 przypadków ropniaków i wodniaków jajowodów, leczonych w powyższy sposób i skontrolowanych po upływie lat dwóch, w 24 przypadkach nastąpiła ciąża. Przypadki powyższe, jak również cały szereg doniesień, pochodzących z rozmaitych klinik, i opartych

na setkach przypadków, dowodzą, że leczenie zachowawcze mimo obecności ropy w jajowodzie, której stwierdzenie, mówiąc nawiasem, częstokroć jest bardzo trudne, doprowadza w przeważającej liczbie przypadków spraw rzeżączkowych do trwałego wyleczenia, t. j. odzyskania zdolności do pracy i ustania bólów miejscowych, a nawet w warunkach pomyślnych (15—20%) daje możność odzyskania zdolności zajścia w ciążę.

Niewątpliwie, pozostaje pewien odsetek ropniaków, które mogą być wyleczone li tylko drogą operacyjną, lecz odsetek ten, wobec ulepszonych i coraz szerzej stosowanych metod zachowawczych, maleje z każdym rokiem. Pęknięcie ropniaka do jamy otrzewnej należy do wypadków bardzo rzadkich, i dlatego obawa pęknięcia nie może być sama przez się wskazaniem do wcześniejszego zabiegu operacyjnego, szczególnie, gdy mamy do czynienia z ropniakiem pochodzenia wiewiórowego, dotąd bowiem nie jest znany ani jeden przypadek zejścia śmiertelnego po rozlanem gonokokkowem zapaleniu otrzewnej, wywołanem pęknięciem ropniaka jajowodu.

W sprawie zapaleń przydatków Monsiorski próbuje najpierw środków zachowawczych, wśród których columnisatio i pelwiterm zajmuje miejsce naczelne. O ile środki te zawodzą, o ile wyczuwamy u chorej guz zapalnego pochodzenia, trwający dłuższy czas, dający bądź gorączkę, bądź bóle, mamy prawo przypuszczać ropniak jajowodu otorbiony. W tych razach M. nie wierzy ani w możliwość wyleczenia bez operacji, ani tem więcej w możliwość zajścia w ciążę. Ropniak jajowodu podobnie, jak i przewlekły appendicitis, może doprowadzić do pęknięcia i wywołania bądź otorbionego ropnia, bądź rozlanego zapalenia otrzewnej. M. przytacza spostrzeżenie z własnej praktyki, gdzie pod wpływem urazu ropniak jajowodu pękł i wytworzył ropień w Douglasie. Pomimo otwarcia ropnia chora zmarła wśród objawów ogólnego zakażenia. Monsiorski nastaje na to, że nasze pojęcia anatomopatologiczne o ropniakach jajowodu, gdzie mamy do czynienia z zarośnięciem jego brzuszego końca, wyłączają robienie jakichkolwiek prób leczenia tych spraw środkami leczniczymi, oraz wyłączają możliwość zajścia w ciążę. Przewlekły ropniak jajowodu należy traktować, zdaniem M., jak przewlekły appendicitis i koniecznie go operować.

5. *Thieme* przedstawia pęknięty jajowód lewy wskutek usadowienia się w nim jaja płodowego (graviditas tubaria), usunięty u chorej per laparotomiam.

Pęknięcie tego jajowodu spowodowało silny krwotok wewnętrzny i ogólną zapaść. Przypadek ten dotyczy kobiety, lat 43 liczącej, od roku zamężnej, u której regularność zatrzymała się od 6 tygodni, i zasługuje na uwagę pod tym względem, że dwie rodzone siostry chorej przechodziły także — jako pierwiastki — ciążę pozamaciczną: *Thieme*, wobec tego faktu, zwraca uwagę, czy nie należałoby przypuścić u tej rodziny istnienia jakiej wrodzonej, rozwojowej wady w budowie jajowodu (np. pewnego zgięcia, uchyłka i następczych zmian anatomopatologicznych w śluzówce), usposabiającej do ciąży jajowodowej.

W dyskusyi zabierali głos: Lorentowicz, Neugebauer, Natanson.

Posiedzenie dnia 27 grudnia 1912 r.

1. *Altkaufer* Henryk przedstawił rzadko spotykaną zawartość torbieli skórzastej prawego jajnika, którą operował przed kilkoma dniami w szpitalu.

Podczas wyjmowania torbieli z jamy brzusznej, dzięki bardzo cienkiej powłoce torbieli, zauważono, że przy poruszaniu guza zawartość jego mieni się dziwnie, przypominając połysk perłowej masy. Torbiel wyluszczone w całości. Ani jednego objawu skręcenia torbieli, której wielkość odpowiadała wielkości głowy dorosłego człowieka, nie było. Gdy, po skończonej operacji, przystąpiono do otwarcia torbieli, zawartość jej (co szczególnie wyraźnie występowało przy poruszaniu guza) miała połysk, jak już wyżej wspomniano, przypominający perłową masę. Po nacięciu torbieli wylała się z niej niewielka ilość ciemnobrunatnego, niezbyt gęstego płynu. Pozatem torbiel wypełniona była setkami kulek białawożółtych. Te właśnie kulki były przedmiotem pokazu. Są one wielkości wiśni, kształtu kulistego, miękkie. Wszystkie są prawie jednakowej wielkości i jednakowego kształtu.

Na niektórych kulkach, które uległy przepołowieniu lub też spłaszczeniu, widać wyraźnie oddzielne warstwy, współśrodkowo jedna w stosunku do drugiej ułożone.

Pierwszy zwrócił uwagę na tego rodzaju koagulację tłuszczu w torbielach skórzastych *Rokitansky*, który jest zdania, że kuleczki takie mogą powstawać wskutek skręcenia torbieli. Tego samego zdania jest również *Thorn. Gebhard* sądzi, że tworzenie się kuleczek tłuszczowych przypomina sprawę tworzenia się masła, do czego przyczyniają się ruchy, wykonywane przez chorą.

Liczba kulek zależna jest od wielkości torbieli i konsystencji tłuszczu.

Wielkość ich bywa rozmaita. Najczęściej spotykają się bardzo małe, nie większe od ziarnka grochu. *Strassman* widział kulki wielkości jaja kurzego.

Kuleczki w torbielach skórzastych stanowią dużą rzadkość. *Gebhard*, na przykład, wśród 107 operowanych przez niego torbieli skórzastych znalazł tego rodzaju koagulację tłuszczu 2 razy. *Pfanenstiel* widział kuleczki 3 razy.

Okaz, przedstawiony przez *Alt.*, jest piąty z ogólnej liczby tego rodzaju preparatów, jakie przedstawione były w naszym Towarzystwie.

Pierwszy taki przypadek w Towarzystwie Warszawskiem pokazał ś. p. *Matlakowski*, drugi ś. p. *Karczewski*. Po raz trzeci przedstawił kuleczki tłuszczowe *Jakimiak*. Ostatnio demonstrował podobny przypadek *Neugebauer* (preparat pochodził z kliniki prof. *Rosnera* w Krakowie, gdzie był operowany przez asystenta kliniki *Schlanka*).

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

- Dr. Władysław Gajkiewicz.* O objawach przedsionkowych (westibularnych) i ich znaczeniu fizyologicznem i patologicznem (Odczyty kliniczne. Zesz. 4, 5, 6).
- Dr. Leon Wasilewski.* Krótki zarys chorób kobiecych, podręcznik dla użytku akuszerok, z 12 rysunkami w tekście. 1913. Częstochowa.
- Stanisław Kopczyński.* Praca umysłowa a zawód lekarski. 1912. Odbitka z Med. i Kron. Lek.
- Dr. Mieczysław Sottysik.* Wspomnienia i wnioski z podróży i międzynarodowego kongresu ginekologów w Berlinie od 9 do 13 września 1912, według sprawozdania, wygłoszonego na posiedzeniu sekcji stryjskiej Tow. lekarzy galicyjskich w Stryju w d. 30 listopada 1912 (a przedłożonego Wydziałowi krajowemu).
-
-

