

PRZEGLĄD Chirurgiczny i Ginekologiczny

TOM IX. ZESZYT II. WRZESIEŃ. PAŹDZIERNIK. 1913.

PRACE ORYGINALNE.

Meningocele sacralis anterior

opracował

BRONISŁAW SAWICKI.

Przednie rozszczepy kręgosłupa spotykają się stosunkowo rzadko, bez porównania rzadziej, niż tylne. To też oddawna utarło się pod nazwą spina bifida rozumieć rozszczep, spowodowany brakiem pewnej części łuków kręgowych. Wprawdzie już dawno, bo w XVII wieku, ogłaszano pojedyncze przypadki przednich rozszczepów kręgosłupa, spowodowanych brakami w trzonach, opisy te jednakże dotyczyły zwykle potworków, a nadto były tak niedokładne, że można było podawać w wątpliwość ścisłość tych spostrzeżeń. To też niektórzy spostrzegacze (Ruysch), zajmujący się tarnią dwudzielną, wprost odrzucali możliwość rozszczepień trzonów kręgowych.

Pierwszy, który dał dokładne opisy i przeto dowiódł niejako możliwości rozszczepów przednich, był Cruveilhier. W swoim atlasie patologicznym (*Anatomie pathologique du corps humain*) pomieścił on rysunki i opisy dwóch odpowiednich przypadków. Jeden z tychże dotyczył dziecka płci męskiej z tarnią dwudzielną, grzbietowolędźwiową, które żyło 9 dni. Na sekcji, obok rozległego rozszczepu łuków kręgowych, zna-

leżono rozszczep zupełny trzonu 12 kręgu grzbietowego, 1 i 2 lędźwiowych. Na trzonie kręgu 11 rozszczep zaledwie był zaznaczony; trzon 2-go kręgu lędźwiowego był podzielony na 3 części. Pozatem, poczynając od kręgu 12, rdzeń ku dołowi był zupełnie rozdzielony na 2 części (diastematomyelia).

Drugi opis dotyczył potworka płci żeńskiej z tarnią szyjną przednią. Otwór powstał wskutek rozszczepu trzonów wszystkich kręgów szyjnych i czterech górnych grzbietowych. Rozsuniecie na boki połówek rozszczepionych kręgów wytworzyło otwór owalny, przez który ku przodowi wypukliły się opony. Drugie wypuklenie opon znajdowało się od tyłu, i było spowodowane rozszczepem kości potylicowej. Oba wypuklenia zawierały płyn. Pozatem znaleziono jeszcze: rozszczep podniebienia, przepuklinę przeponową z wypadnięciem wątroby, żółćka, dwunastnicy do klatki piersiowej, przepuklinę płucną, wpochwienie ściany przelyku.

Po Cruveilhierre ogłoszono już znaczną liczbę przypadków, których tu ani przytaczać, ani rozpatrywać nie możemy. Ogólnie tylko można powiedzieć, że dotyczyły one przeważnie martwourodzonych potworków (wiele bezmózgowych — anencephali), lub też dzieci niezupełnie rozwiniętych, które zmarły wprędce po urodzeniu. Obok przedniego rozszczepu kręgosłupa znajdowano przeważnie jeszcze i tylny, a pozatem liczne inne zбочenia rozwojowe, jak oto: rozszczepy czaszki, wycisowanie pęcherza moczowego, przepuklinę przeponową i wiele innych.

Idąc za przykładem Kermaunera, można wszystkie te przypadki podzielić na trzy działy.

Do pierwszego wejść przypadki, w których rozszczep przedni był zamknięty twardą tkanką łączną i większego znaczenia w stosunku do narządów otaczających nie miał. Obok przedniego rozszczepu spotykano tu zwykle wyraźniej zaznaczony rozszczep tylny.

Drugi dział obejmuje przypadki, w których przez rozszczep przedni do kanału kręgosłupa wchodziły trzewa.

Wreszcie do trzeciego działu wejść te przypadki, w których przez rozszczep przedni wypukliły się opony, tworząc meningocele anterior. W tych przypadkach zwykle tylna część kręgosłupa bywa zupełnie zamknięta.

Tym sposobem do pierwszego działu wejdzie pierwszy z podanych wyżej przypadków Cruveilhiera, jeden z dwóch przypadków Rindfleischa (spina bifida oraz przedni rozszczep wszystkich kręgów grzbietowych), przypadek Dammana (wszystkie szyjne i 10 grzbietowych kręgów rozszczepione od przodu i tyłu, 11-ty krąg tylko od tyłu), przypadek Kermaunera (spina bifida oraz przedni rozszczep wszystkich kręgów grzbietowych), przypadek Barbarina i Devègo (od przodu rozszczep 4 i 5 kręgu lędźwiowego oraz całej kości krzyżowej, od tyłu—tylko kości krzyżowej). Pozatem kilka innych.

Do drugiego działu należy przedewszystkiem zaliczyć przypadek Svitsera. Potworek bezmózgowy (anencephalus) z tarczą dwudzielną miał otwór w przedniej ścianie kręgosłupa, wytworzony rozszczepem trzonów wszystkich szyjnych i 9 górnych kręgów grzbietowych. Przez ten otwór do kręgosłupa wpukliła się otrzewna pod postacią worka, zawierającego pętle jelit.

Zupełnie do tego był podobny drugi przypadek Rindfleischa. Rozszczep przedni i tylny na przestrzeni kręgów szyjnych i grzbietowych. Przez otwór przedni do kanału kręgowego wchodził kłęb kiszek w worku o cienkiej ścianie. Także w przypadku Lallemanda przez rozszczep wchodziły do kanału jelita. W przypadku Morela i Grossa kręgosłup był całkowicie rozszczepiony od góry do dołu. W górnej i w dolnej części rozszczep był zamknięty przez twarde wiąz; w środku pozostał otwór, zakryty przez żołądek, który był od tyłu zupełnie rozszczepiony na wzór tego, co widzimy w wycisowaniu pęcherza. Na tę wolną powierzchnię żołądka od góry otwierał się przelyk, od dołu — dwunastnica. Podobny do powyższego przypadek opisał Schlippe. Przez otwór w trzonach kręgosłupa wtłoczony był do kanału rozszczepiony żołądek. Ściana jego uległa wycisowaniu i wytworzyła worek, którego zewnętrzną powłokę stanowiła śluzówka, wewnętrzną surowicówka. Wewnątrz tego worka leżała śledziona.

Analogiczny do tego przypadek spostrzegł Gaddi: przez rozszczep do kanału kręgosłupa wchodził żołądek i śledziona.

Do trzeciej grupy należą przypadki, najbardziej nas w tej pracy obchodzące. Przez rozszczep przedni wypuklają się opo-

ny, tworząc guz, czyli t. zw. meningocele anterior. Dotąd opisywane przypadki dotyczyły części kręgosłupa krzyżowej. Być może jednakże, iż i w innych okolicach może wytworzyć się taka przepuklina oponowa. Drugi przypadek Cruveilhiera może przemawiać na korzyść takiego przypuszczenia. Cruveilhier zaznacza, że znaleziono dwie przepukliny, jedną potylicową, drugą zaś szyjną przednią. „Ces hernies étaient formées par les méninges soulevées par un liquide“. A zatem ten przypadek możnaby zaliczyć do tej właśnie grupy.

Przednie rozszczepy kręgosłupa długi czas miały znaczenie tylko teoretyczne. Dopiero w ciągu ostatnich paru dziesiątków lat, właściwie — od pracy Kronera i Marchanda, poczęły one zwracać na siebie uwagę praktyków, przytem głównie akuszerów i ginekologów. W ostatnich czasach zainteresowali się nimi ortopedyści, ponieważ pokazało się, że tego rodzaju rozszczepy znajdują się w związku z wrodzonymi bocznymi skrzywieniami kręgosłupa. Od czasu, gdy zaczęto częściej stosować rentgenografię w skrzywieniach, ujawnił się związek tychże z wrodzonymi wadami w rozwoju kręgow, a wśród tych wad poczesne miejsce zajmują rozszczepy przednie. Drehmann w trzech przypadkach znalazł rozszczep przedni 7 szyjnego, względnie 1 i 2 grzbietowego kręgu. Oehlecker ogłosił bardzo interesujący przypadek, dotyczący 6 $\frac{1}{2}$ letniej dziewczynki, która miała szyjnogrzbietowe boczne skrzywienie z wypukleniem ku stronie prawej oraz garb w okolicy wyrostka kolczystego 8 kręgu (kyphoscoliosis). Za pomocą zdjęć rentgenowskich wykazano, że cierpienie było spowodowane rozszczepem trzonów kręgowych na przestrzeni od 6 szyjnego do 8 grzbietowego kręgu. Rozszczepione połówki trzonów uległy znacznemu rozsunięciu na boki. Kayser opisał przypadek, dotyczący 9-letniej dziewczynki, w którym skrzywienie boczne szyjnogrzbietowe z wygięciem na prawo było spowodowane rozszczepem przednim 7 szyjnego i 1 grzbietowego kręgu. W przypadku Lafonda chłopiec 16-letni miał skrzywienie kręgosłupa boczne szyjnogrzbietowe z wygięciem ku stronie lewej. Zdjęcie rentgenowskie wykryło rozszczep w trzonach 6 i 7 kręgu szyjnego oraz 1, 2 i 3 grzbietowego. Obok rozszczepu spostrzegano takie, iż rozsunięte połówki trzonów na jednej

stronie bywały nieraz niższe, niż na drugiej. To jeszcze bardziej sprzyjało powstawaniu skrzywień.

O wiele donioślejsze pod względem praktycznym znaczenie mają te rozszczepy przednie, które prowadzą do wytworzenia przepukliny oponowej, czyli t. zw. meningocele sacralis anterior. Dotąd ogłoszono takich przypadków niewiele, a i te są przeważnie niewystarczająco opisane. Postaram się najprzód przedstawić te przypadki w możliwie krótkich streszczeniach, a następnie podam opis spostrzeganego przezemnie przypadku.

1. M. Bryant. Przypadek ten podaję podług opisu, pomieszczonego w pracy Bevaleta. 25-letnia kobieta miała w jamie brzusznej guz, który w różnych czasach zmieniał swą wielkość. Kobieta zaszła w ciążę, i podczas porodu zauważono, że guz zajmował przednią powierzchnię kości krzyżowej. Pomimo znacznych trudności, kobieta samoistnie urodziła, lecz po upływie 4 dni zmarła. Oględziny pośmiertne wykazały, że guz był tarczą dwudzielną, którą tworzyły opony rdzeniowe, i która wyszła z kanału rdzeniowego przez otwór, leżący w środkowej części przedniej powierzchni kości krzyżowej.

2. Hofmokl. W swej pracy „Ueber spina bifida“ H. wspomina pobieżnie o spostrzeganym przez siebie przypadku, w którym tarcza dwudzielna wyszła w kierunku dołu biodrowego przez otwór, spowodowany brakiem części trzonu kręgowego oraz rozszerzeniem dziury międzykręgowej.

3. Hugenberger. Do kliniki moskiewskiej zapisała się 25-letnia chłopka, pierwszy raz rodząca od 22 godzin. Prawa noga, słabsza widocznie, zwrócona jest na wewnątrz i krótsza od lewej, wskutek czego chód jest kulejący. Conjugata vera 6,7 cm. Dokonano wymóżdżenia i wydobycia 7 miesięcznego płodu. Położnica zmarła wskutek posocznicy połogowej dwunastego dnia po porodzie. Oględziny posmiertne wykazały miednicę krzywicową skośnie owalną, a nadto guz, który wychodził ku przodowi z kanału kręgowego przez otwór w kości krzyżowej. Otwór ten powstał z powodu zlania się ze sobą drugiej i trzeciej dziury krzyżowej przedniej. Wskutek braku lewego poprzecznego wyrostka trzeciego kręgu krzyżowego nastąpiło zlanie się drugiej i trzeciej dziury w jeden większy otwór. Wychodzący przez ten otwór guz pokryty był oponą

twardą, ściśle przyrośniętą do brzegów otworu i zawierał około 50 gramów słomkowego, surowiczego płynu. Na wewnętrznej ścianie worka przebiegały oddzielne sznurki końcowe rdzenia (cauda equina), bądź to leżąc swobodnie, bądź też połączone z oponą miękką.

4. Kroner i Marchand. Przypadek pochodził z kliniki Spiegelberga. 20-letnia panna od urodzenia miała prawą stopę szpotawą, i prawa noga zawsze była słabsza. Pacjentka miesiączkowała od 15 roku życia i nigdy nie była w ciąży. Cztery miesiące temu spadła z krzesła i od tego czasu choruje. Zaraz potem zauważyła w brzuchu guz, który pomału powiększał się. Jednocześnie wystąpiły bóle ciągnące w brzuchu i w krzyżu, gwałtowne prawostronne bóle głowy, nudności, skłonność do wymiotów. Miesiączkowanie, oddawanie moczu — bez zmiany, wypróżnienia nieco utrudnione. Badanie wykazało: prawa noga nieco krótsza i szczuplejsza od lewej, chód kulejący, miednica nie wykazuje asymetrii. W jamie brzusznej znaleziono guz wielkości głowy dorosłego człowieka, sięgający na linii pośrodkowej od spojenia łonowego na dwa poprzeczne palce powyżej pępka, na stronie prawej — do łuku żebrowego, na stronie lewej — do wysokości pępka. Guz był mało ruchomy, sprężysty, wyraźnie chęłbocący, na ucisk nie wrażliwy. Na przedniej jego ścianie na stronie lewej na wysokości kolca biodrowego przedniego górnego leżało jakieś ciało trójkątne, zwrócone podstawą do góry, a ostrym końcem ku dołowi i na wewnątrz. Błona dziewicza zachowana. Tylne ścianę pochwy wypchnięta prawie aż do spojenia łonowego, napięta. Można wyczuć na niej fałę, jeżeli uderzać w przylegającą do przedniej ściany brzucha część guza. Macicy wyczuć niepodobna z powodu wysokiego jej odsunięcia. Odbytница całkowicie odepchnięta na lewo, a ściany jej ściśle przylegają do siebie. Spiegelberg ciało trójkątne, leżące na przedniej powierzchni guza, brał za macicę. Co się tyczy samego guza, rozpoznanie wahało się pomiędzy torbielą jajnikową pozaotrzewnową, torbielą parowarjalną i bąblowcem miednicy. W celu rozstrzygnięcia wątpliwości S. wykonał trójgrańcem nakłucie przez ścianę pochwy na 4 cm. powyżej wejścia do tejże. Wyplłynęło 3000 cm. sz. rzadkiej, jak woda przezroczystej cieczy, która okazała się alkaliczną o niskim ciężarze

gatunkowym (1007), ze śladami zaledwie białka. Innych składników, jak mucyna, paralbumina, cukier, elementy morfologiczne, haczyki, błony chitynowe, ciecz nie zawierała. Bezpośrednio po wypuszczeniu macica znalazła się na swoim miejscu w miednicy. S. utwierdził się w rozpoznaniu torbieli jajnikowej. Chora zaraz po nakłuciu zaczęła narzekać na bóle krzyża i głowy. Guz szybko napełniał się i już po trzech dniach miał tęż wielkość, co przed nakłuciem. Początkowo chora nie gorączkowała, lecz już w tydzień po nakłuciu wystąpiła gorączka, tak że ciepłota stale trzymała się 38° do 39° . Bóle zmuszały uciekać się do morfiny. W 10 dni po nakłuciu S. rozciął nożem ścianę guza od strony pochwy, przyczem wylał się płyn jasnoróżowy z domieszką włókniaka. Jamę guza wypłukano 2% roztworem karbolu i włożono sączek. Badanie płynu wykazało oprócz krwinek czerwonych nieco komórek ziarnistych i znaczną liczbę wielkich, płaskich komórek, przypominających śród-błonek otrzewnej. Po przecięciu guza ciepłota w dalszym ciągu w granicach 38° — 39° , bóle, jak poprzednio. Przez sączek wypływa cuchnąca ropa. Dopiero teraz zwrócono uwagę na stały tężec tylny (*opisthotonus*), który wystąpił u chorej zaraz po pierwszym nakłuciu. Chora zmarła w 17 dni po wykonaniu nacięcia guza. Badanie pośmiertne ujawniło guz, sterczący ku górze i wychodzący z małej miednicy, głównie na stronie prawej. Guz ten unosi otrzewną powyżej wejścia do małej miednicy, jest okrągławy, ma wielkość dwóch pięści. Z jamy Douglasa pozostało tylko niewielkie zagłębienie na lewej stronie guza. Macica, uniesiona do góry i na lewo, przylega do przedniej ściany guza, jest dwurożna i posiada w swej jamie przegrodę, która od góry opuszcza się na dół do połowy długości trzonu i dzieli jamę macicy na dwie części. Na przedniej ścianie guza leżą przesunięte oba moczowody, mocno rozszerzone, mające grubość małego palca. Sam guz przedstawia torbiel sprężystą, dość mocno napiętą i znajduje się w ścisłym związku z prawą częścią miednicy i kości krzyżowej; zawiera on około 500 cm. sz. twardych skrzepów krwi. Guz mocno wypycha ku przodowi tylną ścianę pochwy, z którą u góry łączy się za pomocą cienkiej warstwy luźnej tkanki łącznej; natomiast ponad wejściem do pochwy pomiędzy guzem a ścianą teje

tkanka łączna jest twardsza, a warstwa jej grubsza. Ściana torbieli gruba; wewnętrzna jej powierzchnia przeważnie chropowata, miejscami brunatnoczerwona, przeważnie szarozielonawa. Jama torbieli łączy się z kanałem kręgowym za pomocą wąskiej przetoki, która zaczyna się otworem pod 1 kręgiem krzyżowym, nieco na prawo od linii pośrodkowej, i łączy ku tyłowi i ku górze w głąb kości krzyżowej, łącząc jamę torbieli bezpośrednio z jamą opony twardej. Dokładniejsze obejrzenie kośćca miednicy wykazało, że prawa jej połowa we wszystkich wymiarach jest mniejsza i słabiej rozwinięta, niż lewa. Kość krzyżowa jest bardzo niska i stosunkowo za szeroka, a nadto mniej wygięta, niż to bywa prawidłowo. To nadaje jej kształt, zbliżony do zarodkowego. Trzon pierwszego kręgu krzyżowego zupełnie rozszczepiony na dwie niezupełnie równe części. Rozszczep ten ku dołowi łączy się z dużą jamą, wytworzoną przez brak prawej połowy trzonu drugiego kręgu krzyżowego. Brak ten obejmuje i okolicę drugiej przedniej dziury krzyżowej, która znikła wskutek tego. Wysokość braku w trzonie 2 kręgu krzyżowego wynosi 2,3 cm., szerokość — 2,8 cm. Na dnie braku widać tylną ścianę kanału kręgowego. Rozszczep w trzonie 1 kręgu krzyżowego zamknięty jest przez tkankę ścięgniastą.

5. Gaillard Thomas. U 19-letniej kobiety znaleziono torbiel, która przylegała do kości krzyżowej i wypełniała jej zagłębienie. Aspirowano 8 uncji przezroczystego, nie zawierającego białka płynu, poczem wystąpił silny ból głowy, zwiększenie się ciepłoty ciała i przyspieszenie tętna. W 6 miesięcy potem torbiel nacięto i brzegi jej ścian przszyto do rany w pochwie. Po 24 godzinach wystąpił ciężec tylny, i inne ciężkie objawy. Th., podejrzewając, że przesączkował przepuklinę oponową krzyżową, otwór zaszył. W 12 godzin potem nastąpiła śmierć w objawach niedomogi serca. Sekcyi nie zrobiono; niemniej przeto Th. uważa ten przypadek za meningocele sacralis anterior i przytacza odpowiedni przypadek.

6. Emmet. W przypadku tym śmierć nastąpiła wskutek mocznicy, i na sekcyi znaleziono torbiel, zupełnie wypełniającą małą miednicę i zawierającą przeszło trzy kwarty płynu. Dolne trzy kręgi krzyżowe przedstawiały brak kostny na stronie

prawej; powstała wskutek tego lejkowata dziura łączyła się z kanałem kręgowym. Na wewnętrznej powierzchni worka torbielowego znaleziono rozgałęzienie nerwów.

7. Loehlein. 28-letnia dobrze zbudowana kobieta urodziła już poprzednio dwukrotnie, obecnie jest w końcu 3 ciąży. Pierwszy poród odbył się przed 6 laty pomyślnie, lecz w ciągu całego roku po nim pacjentka doznawała bólów w dolnych kończynach, a właściwie—prawie wyłącznie w lewej. W ciągu ostatnich 4 miesięcy drugiej ciąży bóle te znowu powróciły. Pozatem od czasu do czasu aż do drugiego porodu pacjentka miewała silne, nieznośne bóle krzyża i głowy. Drugi poród miał miejsce przed rokiem. Dziecko wydobyto nieżywe po wykonaniu obrotu.

Wówczas już akuszer znalazł w małej miednicy guz, wielkości jabłka lub pomarańczy, napięty, nieruchomy, nieco spłaszczony. Pomimo nieznacznej utraty krwi pacjentka narzekała po porodzie na nadzwyczajne osłabienie. W przebiegu ostatniej, trzeciej ciąży samopoczucie było dobre; dopiero w ostatnich tygodniach ciąży wystąpiły ciągnące bóle na lewej stronie brzucha i od czasu do czasu bóle głowy. Stolce, które zawsze były zaparte, następowały teraz dopiero po dużych dawkach środka czyszczącego.

Badanie wewnętrzne wykazuje, że prawie całą jamę miednicy wypełnia guz torbielowaty, umiarkowanie napięty. Guz ten odepchnął mocno pochwę ku spojeniu łonowemu. Tylko z wielką trudnością badający palec może dosięgnąć tylnej wargi macicznej, ponieważ część pochwowa jest mocno odepchnięta ku górze i przodowi ponad spojenie łonowe. Badanie przez odbytnicę wykazuje, że i ta ostatnia jest mocno odepchnięta ku spojeniu łonowemu przez leżący w zagłębieniu kości krzyżowej guz, który zawiera płyn. Próby odprowadzenia guza ku górze, wykonywane nawet w uśpieniu, nie powiodły się. Wobec tego L. dokonał nakłucia torbieli od strony pochwy. Wypuszczono około 1 litra płynu wodnistego, o ciężarze gątkowym 1005, o minimalnej zawartości białka, bez cukru, bez składników morfologicznych. Guz zmniejszył się, lecz nie zniknął zupełnie. L. przyszedł do wniosku, że ma do czynienia z torbielą przyjajnikową. W 4 dni po nakłuciu guza rozpoczął

się poród. Ponieważ guz znowu wypełniał małą miednicę i był nawet bardziej napięty, niż przed nakłuciem, L. zdecydował się na nowe nakłucie, które wykonał w 5 dni po pierwszym. Wypuszczono 3—4 litry takiegoż, jak poprzednio, płynu, poczem bez trudności urodził się dobrze zbudowany chłopiec.

Pierwsze dwa dni po porodzie były stosunkowo pomyślne; zjawily się tylko, jak i dawniej, silne bóle w okolicy nerwu kulszowego lewego. Trzeciego dnia wystąpiła gorączka, odchody połogowe cuchnące. Badanie przez pochwę wykazuje, że guz wypełnia miednicę prawie tak samo, jak przed porodem. Ponieważ objawy wzmagaly się, wykonano trzecie nakłucie w 4 dni po drugim. Tym razem otrzymano czystą ropę. Krótkotrwałe polepszenie, poczem znowu tenże obraz cierpienia. Wobec tego L. w dwa tygodnie po porodzie wykonał cięcie brzucha. Macica z przydatkami leżała na prawo i ponad wejściem do miednicy; na lewo od niej leżał pęcherz wielkości pomarańczy ze znacznie zgrubiałą ścianą. Ku tyłowi i na lewo znajdował się guz, sięgający swą górną powierzchnią na 3 poprzeczne palce ponad wejście do miednicy. Guz ten był napięty i leżał podotrzewnowo przed samą kością krzyżową i ostatnim kręgiem lędźwiowym. Główną swą masą przylegał on do połączenia krzyżowobiodrowego i był nieruchomo spojony z przednią powierzchnią kości krzyżowej. L. drogą aspiracji wy dobył z guza dwa litry ropnego cuchnącego płynu i, przyszedłszy do wniosku, że worek łączy się z oponami rdzeniowymi, na tem ograniczył się. W ciągu następných dwóch tygodni objawy były nadzwyczaj zatrważające, ponieważ gorączka wahała się w granicach 38°—39°, a tętno 90—100, wystąpiły gwałtowne objawy podmiotowe: ciągnące bóle w kończynach dolnych naprzemian ze ściskaniem w krzyżu i piersiach, z okropnymi bólami głowy i karku; nadto—ogromne pobudzenie, uczucie strachu, wzdęcie kiszek, zatrzymanie moczu. Pomału objawy te poczęły uspokajać się, wystąpił jednak upadek sił. L. znowu usunął strzykawką pół litra cuchnącej ropy, a w 4 dni potem (w 19 dni po cięciu brzucha) wprowadził do guza od strony odbytnicy srebrny cewnik, jako sączek. Ciepłota ciała potem zmniejszyła się, chora poczęła poprawiać się, aż wreszcie w 35 dni po dokonaniem cięcia brzucha a w 49 po porodzie opuściła

klinikę. Od strony odbytnicy można było wymacać guz zmarszczony, osadzony na przedniej powierzchni kości krzyżowej, zmniejszający się ku dołowi. Chora czuła się dobrze, jakkolwiek nieraz narzekała na bóle w nogach.

W dalszym ciągu swej pracy L. przypomina, że dawniej już opisał przypadek analogiczny do wyżej podanego, który jednakże w swoim czasie fałszywie sobie tłómaczył. Przytaczamy go w streszczeniu.

8. Loehlein. 36 letnia żona tkacza, rodzi po raz trzeci. Pierwszy poród odbył się przed 4 laty. Wypadło nałożyć kle-szcze. Lekarz wyczuł wówczas przez odbytnicę guz sprężysty, wielkości pięści, gruszkowaty, którego większy wymiar odpowiadał takiemuż wymiarowi kości krzyżowej, a dolny odcinek leżał na 1 cm. ponad ujściem odbytnicy. Podczas trakcyi guz obniżył się do otworu odbytnicowego. Próbowano go po porodzie przesunąć do góry, lecz to nie powiodło się. Po porodzie przez dłuższy czas zatrzymanie moczu i przez siedm tygodni niczem nie wytłómaczone osłabienie. W rok po tym porodzie sztucznie wywołano poród przedwczesny. Bólów, zaparc stolca chora nie miewała. Tylko w ostatnich 3 — 4 latach doświadczała palenia w odbytnicy. Obecny, trzeci z rzędu poród nastąpił w swoim czasie. L. znalazł sprężysty guz wielkości cytryny, leżący po za odbytnicą, nieco bardziej posunięty na prawo i mocno spojony z końcową częścią kręgosłupa. Można było wyczuć dolną część rozszczepu, przez który guz wychodził. Podczas bólów porodowych, gdy odbytnica opuszczała się ku dołowi, guz był także na dół spychany i stawał się bardziej napięty. Ostatni moment porodu połączony był z jakimś trzeszczącym szmerem. Dziecko urodziło się z tarnią dwudzielną, z przepukliną wodną opon mózgowych, z umiarkowanym wodogłowieciem i stopą szpotawą. Na drugi dzień po porodzie położnica zaczęła silnie gorączkować; nastąpiło dwa tygodnie trwające zatrzymanie moczu i długotrwałe osłabienie. W pierwszym dniu po porodzie guz wydawał się bardziej płaskim i miększym, niż poprzednio, był bardzo wrażliwy, a w lewej jego połowie wyczuwano rodzaj trzeszczenia. Ku końcowi drugiego tygodnia spójność guza znacznie mniejsza, a gdy pacjentka po 16 dniach zakład opuszczała, guz był mały i płaski. L. dodaje, że po-

cząwszy od 3-go dnia po porodzie płynne stolce miały znaczną domieszkę rzadkiego, ciągnącego się śluzu, co na 7-my dzień ustało, poczem ukazała się ropa obficie w kale. L. przypuszcza, że nastąpiło tu zropienie i opróżnienie się do kiszki guza. Dziecko zmarło. Spina bifida na przedostatnim kręgu lędźwiowym. Na przedniej ścianie kości krzyżowej od środka tejże ku dołowi idzie szeroki rozszczep z wypukleniem opon. Po za tem na przedniej powierzchni kości ogonowej i dolnej części kości krzyżowej siedział inny guz torbielowaty, w którym rozpoznano mięsak torbielowaty gruczolu Luschki. Ten oto drugi guz zwrócił na razie całą uwagę L. na siebie. Dopiero po drugim swoim przypadku L. przyszedł do wniosku, że i poprzednio zarówno u matki, jak i u dziecka miał do czynienia z meningocele sacralis anterior.

9. Neugebauer. 22-letnia dziewczyna, zbudowana dobrze, posiada guz w jamie brzusznej od urodzenia. Miesiączka skąpa i bolesna od 19 roku życia. Stolce miewa co 3 — 4 tygodnie, i to tylko po użyciu środków silnie czyszczących; stosowanie ławatyw jest bardzo trudne. Mała miednica jest wypełniona przez chełbocący bardzo wyraźnie guz, wielkości około dwóch pięści. Guz ten leży pomiędzy odbytnicą a kością krzyżową i zdaje się wychodzić z kości krzyżowej szeroką podstawą. Guz ad maximum odepchnął odbytnicę, pochwę i macicę, cewkę moczową i pęcherz moczowy ku przodowi, ku spojeniu łonowemu, a równocześnie uniósł macicę znacznie do góry aż do jamy miednicy wielkiej. Błona dziewicza posiada dwa otwory, prowadzące do dwóch oddzielnych pochew i macie (uterus didelphys, vagina duplex). Prawa pochwa ma długości 13 cm., lewa—11 cm. Odstęp odbytu od dolnego końca kości ogonowej wynosi 12 cm. Guz leży w głębi małej miednicy tak, że wypukła nazewnątrz powłoki skórne w okolicy pomiędzy odbytem a końcem kości ogonowej. Odbytnica jest silnie przesunięta ku przodowi. Odbyt wraz ze skróconem krocem zbliża się znacznie ku ujściu pochwy. Wyraźne chełbotanie w guzie. Obmacując okolice pozaodbytnicową po ustawieniu chorej na czworakach, można wyczuć znaczny brak w prawej połowie kości krzyżowej i ogonowej. Zdaje się, iż brak ten obejmuje prawą połowę czwartego i piątego kręgu kości krzyżowej oraz

prawą połowę kości ogonowej. Za pomocą próbnego nakłucia otrzymano płyn przezroczysty, słonawy, o ciężarze gatunkowym 1000—1001, o odczynie obojętnym. Znalezione w płynie ślady białka bez jakichkolwiek pierwiastków morfologicznych. Na operację chora nie zgodziła się i szpital opuściła. W miesiąc potem, jak dowiedział się N., chora nagle zmarła. N. przypuszcza, że nastąpiło raptowne pęknięcie guza.

10. Pupovac. 26-letnia kobieta zapisała się do kliniki prof. Gussenbauera z powodu guza w miednicy. Tuż przy odbycie znaleziono drugi guzik, chęłbocący, wielkości orzecha, który, jak zdawało się, był w połączeniu z guzem wewnętrznym. Przy operacji poprowadzono cięcie na linii pośrodkowej po za odbytem. Znalezione torbiel z wodnistą zawartością; wprowadzony do niej zgłębnik na głębokości więcej niż 5 cm. przenikał do kanału krzyżowego przez otwór w środku trzonu 4 kręgu krzyżowego. Ścianę torbieli rezekowano i zasztyto. Następnie wyluszczone małą torbiel, leżącą tuż przy odbycie; zawierała ona żółtą miazgę i dawała wyrostek w kierunku poprzedniej torbieli. Zagojenie bez powikłań. Płyn pierwszej torbieli, badany chemicznie, okazał się płynem rdzeniowym. Następnie stwierdzono, że chora miała macicę dwurożną, a zdjęcie rentgenowskie wykazało w kości krzyżowej rozszczip na dwie części, idący od 3 kręgu na dół.

*

*

Oto są wszystkie znane dziś w piśmiennictwie przypadki przepukliny krzyżowej przedniej. Muszę tu zaznaczyć, że doliczają do nich zazwyczaj jeszcze trzy inne, a mianowicie przypadki Virchowa, Wernera i Braunego. Mają one to wspólne z poprzednimi, że i tu znajdowano znaczne braki w kości krzyżowej; braki te dotyczyły zarówno przedniej, jak i tylnej powierzchni kości.

Różnią się te przypadki od poprzednich tem, że guz przepuklinowy leżał tu zawsze od tyłu, w okolicy pośladkowej; było tu zatem meningocele posterior, a nie anterior. Ponieważ jednakże te przypadki zasługują na naszą uwagę z innych względów, przytoczę ich opis pokrótce.

Przypadek Virchowa dotyczył 23-letniej kobiety, która od urodzenia miała guz, wychodzący z małej miednicy ku tyłowi. Po porodzie guz znacznie powiększył się. Nietrzymanie moczu, osłabienie kończyn dolnych. Trzykrotnie nakłuwno guz, poczem wystąpiło ropienie z gorączką, bólami w klatce piersiowej i grzbiecie. Chora zmarła. Sekcya wykazała, że na kości krzyżowej był osadzony worek wielkości główki noworodka, który łączył się przez bardzo wązki (zaledwie 1½ mil. szerokości mający) kanał z kanałem kości krzyżowej i workiem opony pajęczej. Na kości krzyżowej brak prawej połowy 3, 4 i 5 kręgu krzyżowego; kanał kości krzyżowej jest znacznie rozszerzony. Zwracamy uwagę w danym przypadku na ten szczegół, notowany zresztą i w innych przypadkach przepuklin krzyżowych, że, pomimo dużego braku wkości i znacznego rozszerzenia kanału kości krzyżowej, worek przepuklinowy łączył się tylko za pomocą wązkiego kanału z kanałem tejże kości krzyżowej.

Przypadek Wernera dotyczył zmarłej na suchoty 20-letniej panny, która od urodzenia miała w okolicy krzyżowej wygórowanie wielkości grochu. Guzik ten stopniowo powiększał się i w 13 roku życia miał wielkość głowy dorosłego człowieka. Wówczas nagle pękł, poczem wylała się duża ilość płynu wodnistego. Po 22 tygodniach otwór zabił się i pozostała tylko mała część guza. Chora stale doznawała bólów, osłabienia dolnych kończyn i nie mogła utrzymać moczu. Na sekcji znaleziono: na wysokości 4 kręgu krzyżowego, cokolwiek na prawo od linii pośrodkowej, sterczał pokryty tylko skórą, ściśle z nią zrośnięty guz wielkości śliwki, twardy, który, przechodząc w okrągławy powrózek, przenikał następnie przez szparę w kości do wewnątrz kanału kości krzyżowej i do znajdującego się na wysokości pierwszego kręgu krzyżowego rdzenia. Kość krzyżowa przedstawiała na stronie prawej znaczny brak na przestrzeni 2 do 5 kręgu krzyżowego. Cała kość krzyżowa znacznie odchylona na lewo. Rozwór (hiatus) kości krzyżowej rozpoczyna się od pierwszego kręgu krzyżowego.

I tu brak w kręgach był duży, a kanał, łączący guz z kanałem kości krzyżowej, wązki.

W przypadku Braunego 15-letnia, dobrze ukształtowana

dziewczyna miała wrodzony guzik na lewym pośladku, który po upadnięciu w ciągu kilku dni wyrósł do wielkości główki dziecięcej. Dokonano nakłucia; w pięć dni potem śmierć w objawach zapalenia opon mózgowych. Znalaziono częściowy brak drugiego kręgu krzyżowego; w tem miejscu torbiel łączyła się za pomocą szypuły drożnej z kanałem kręgosłupa.

Spostrzegany przezemnie przypadek przedstawił się w sposób następujący:

D. 1 lutego 1904 r. zapisała się do mojego oddziału w szpitalu Dzieciątka Jezus 26-letnia żona robotnika, K. K. Chora opowiada, że od lat wielu miewała wypróżnienia co 3 dni, przyczem kał nigdy nie odszedł odrazu, lecz zawsze małymi kawałkami odchodził razy kilka z przestankami kilkunastominutowymi. Miesiączkować zaczęła w 17 czy też 18 roku życia. Miesiączki niezbyt obfite, niebolesne, co 4 tygodnie, 3—4 dni trwające. Przed 6 laty wyszła za mąż; w 4 miesiące potem poroniła. Zaraz podniosła się i poczęła pracować. Po roku urodziło się dziecko, które żyło tylko tydzień i w objawach drgawek zmarło. Dwa lata temu urodziła drugie dziecko, nieżywe, które z powodu poprzecznego położenia lekarz za pomocą obrotu wydobył.

Od drugiego porodu z wypróżnieniami było jeszcze trudniej. Bywały one co 5—8 dni, raz same, drugi raz dopiero po ławatywie. Wychodziły wówczas wąskie paski kału z rowkami podłużnymi. Ostatnia miesiączka miała miejsce przed 2 miesiącami. W ostatnich czasach chora zaczęła doświadczać bólów w brzuchu, zresztą niewielkiego nasilenia, nudności i wymiotów. Przypuszcza, że jest w ciąży, a zapisała się do szpitala głównie ze względu na uporczywe zaparcia.

Chora średniego wzrostu, miernego odżywiania, zresztą zbudowana prawidłowo. Błony śluzowe zabarwione prawidłowo, tętno 84, dość słabe, ciepłota ciała prawidłowa. Brzuch wypukła się nieco ponad normę. Odgłos wypukowy w górnej połowie bębniasty, nieco zaś poniżej pępka zaczyna się stłumiony i taki już aż do dołu zostaje. Przy obmacywaniu brzucha przede wszystkim zwraca na siebie uwagę gruby kielbasowaty twór. Zaczyna się on w okolicy prawego dołu biodrowego, jako gładki, podługowaty guz, wielkości pomarańczy. Położeniem swem i kierunkiem guz ten odpowiada kiszce ślepej i wstępnicy, jest twardy, przesuwalny ku górze i łatwiej na boki. W górnej swej części guz ten przechodzi w twardy wałek, który nieco powyżej poprzecznej linii pępkowej kieruje się ku linii pośrodkowej i na dół i, nie dochodząc do pępka, ginie; zjawia się on znowu na lewo i nieco poniżej pępka. Tu występuje on pod postacią grubej, twardej kielbasy, która kieruje się do miednicy i tam zatracą się. Ta część kielbasowatego tworzu jest nieco mniej ruchoma, niż na stronie prawej.

Było jasne, że mamy do czynienia z przepelnioną kałem i opuszczoną kiszka grubą; takiego napelnienia nigdy dotąd nie widziałem. Badanie przez

pochwę wykazuje, że cała jej tylna ściana jest mocno wypchnięta ku przodowi i przylega do spojenia łonowego tak, że palec badający kieruje się wprost ku spojeniu. Ani sklepienia dosięgnąć, ani szyi macicznej wyczuć niepodobna. Badając dwuręcznie, wyczuwamy wystający nad spojeniem łonowym guz, który następnie wchodzi do miednicy, wypełnia ją i jest właśnie tem, co pochwę wypycha ku przodowi. Na linii pośrodkowej guz wystaje na trzy poprzeczne palce ponad spojeniem łonowym; na stronie lewej górna granica guza leży nieco wyżej, na stronie zaś prawej — niżej. Podchodząc do tego guza, opisana już wyżej kiszka gruba układa się na nim, a następnie ginie tak, że jej oddzielnie wyczuć już nie można. Naciskając na guz nad spojeniem łonowym, wyczuwamy fałę w części guza, wypychającej pochwę. Badanie przez odbytnicę wykazuje, że guz leży na przedniej powierzchni kości krzyżowej i odpycha też odbytnicę mocno ku przodowi i górze.

Sądząc z bardzo wyraźnego chęłbotania, można przypuszczać, że ściana guza jest cienka, a zawartość zupełnie płynna. Z sutek wyciska się siara. Próby opróżnienia kiszki uczyniły niewiele. Pomimo czyszczących środków i ławatyw, których stosowanie zresztą było dla chorej bardzo przykre, osiągnięto tyle, że opisany wyżej twór stał się nieco mniejszy i bardziej ciastowaty; dokładnego opróżnienia kiszki grubej nie udało się osiągnąć. W rozpoznaniu odrazu zwróciłem uwagę na możliwość przepukliny oponowej krzyżowej przedniej.

W celu rozpoznawczym zamierzałem wykonać próbne nakłucie, lecz chora nie zgodziła się i 11 lutego opuściła szpital, mając zalecone, by co pewien czas pokazywała się.

Uczyniła to dopiero 20 września. Zbadala ją wówczas asystentka oddziału, Dr. Weisberżanka i odnotowała, co następuje: chora pierwszych parę miesięcy po opuszczeniu szpitala czuła się względnie nieźle, później zaczęły jej dokuczać coraz uporczywsze zaparcia i osłabienie. Obecnie badanie wykazuje, że chora jest w ostatnim miesiącu ciąży. Brzuch równomiernie wypuklony. Macica zajmuje dużą miednicę, guza oddzielnie nie wyczuwamy. Płód jest w położeniu poprzecznym. Przy badaniu przez pochwę znajdujemy, że guz wypełnia całą małą miednicę i jest obecnie mniej napięty, niż na początku ciąży. Obecnie jakkolwiek z trudnością udaje się dojść do szyi macicznej, co wówczas było niemożliwe.

D. 19 października. Dostała rano bólów porodowych i natychmiast udała się do prywatnego zakładu Dra Reissa, który tegoż samego dnia wykonał obrót z powodu poprzecznego położenia płodu. Guz, znajdujący się w małej miednicy, nie przedstawiał wielkiej przeszkody w wykonaniu obrotu; pewna trudność była tylko w oswobodzeniu główki. Dziecko urodziło się żywe, aczkolwiek w stanie zamartwicy (asphyxia). Okres połogowy chora przeżyła dobrze i 28 października zakład opuściła.

W d. 6 grudnia 1905 r. chora znowu zapisała się do mojego oddziału w szpitalu Dzieciątka Jezus. Opowiada, że dziecko jej miało także objawy, jakie ona posiada: stolce miało bardzo ciężkie, dawanie ławatyw było utrudnione przez jakąś przeszkodę w kiszce prostej. Po paru miesiącach dziecko

zmarło. Ciągłe zaparcia, które po ostatnim porodzie jeszcze powiększyły się, tak już chorej dokuczyły, że zdecydowała się na operację i o wykonanie jej prosi.

Badanie wykazało: brzuch umiarkowanie wypukłony, przyczem górna jego połowa jest stosunkowo zapadnięta, natomiast dolna wypukła się, przyczem bardziej na stronie lewej, niż na prawej. Tak samo, jak przy poprzednich badaniach, znajdujemy na stronie prawej wypchaną kałem kiszkę ślepa, która tworzy twardy, ruchomy guz, mający wielkość pomarańczy. Na stronie lewej wyczuwamy esicę, jako grubą, wypchaną kałem kielbasę, mającą grubość 3—4 poprzecznych palców. Kielbasa ta, ruchoma na boki, zlewa się ku dołowi z guzem, wystającym z małej miednicy. Ten ostatni na linii pośrodkowej wystaje na 4 poprzeczne palce ponad spojeniem łonowym, na stronie zaś lewej — jeszcze wyżej. Badanie przez pochwę dało w ogólnych zarysach to, co i poprzednio. Tylne ściana pochwy jest mocno odepchnięta ku spojeniu łonowemu, szyi macicznej dosięgnąć nie można. Guz powiększył się i stał się nieco bardziej napięty. Zwraca na siebie uwagę jeden objaw, którego poprzednio nie zauważono. Wprowadzony do pochwy palec w odległości około 6 cm. od wejścia do tejszy wyczuwa na guzie rodzaj progu, co zależy od tego, że część guza, powyżej tego miejsca leżąca, wypukła się znacznie więcej ku przodowi, niż dolna część tegoż guza. Próg ten leży na wysokości spojenia łonowego. Badanie przez odbytnicę wykazuje te same dane. Odbytnica mocno odepchnięta ku przodowi, a na guzie wyczuwamy ten sam próg, począwszy od którego guz, wchodząc do dużej miednicy, znacznie rozszerza się i bardziej wypukła ku przodowi. Odległość końca kości ogonowej od odbytu wynosi 10 cm.; za to przestrzeń pomiędzy odbytem i pochwą wyraźnie skrócona. Okolica kulszowo-odbytnicza wypukła się nazwewnątrz. Obmacywanie kości krzyżowej wyraźnych zmian nie wykazuje. Chora miewa stolce co dni kilka, i to po zastosowaniu silnych środków czyszczących; ławatywy działają słabo, a stosowanie ich jest przykre i utrudnione niemożnością wprowadzenia większej ilości wody. Po parokrotnych czyszczeniach wypchanie kiszek nieco zmniejsza się, kielbasowate twory stają się mniejsze, nabierają spoistości ciastowatej, lecz zniknięcia ich osiągnąć nie można. W ciągu ostatnich miesięcy zjawiało się częste napieranie na mocz. Chora może zatrzymać mocz najwyżej dwie godziny; zwykle oddaje go o wiele częściej. Badanie moczu oraz narządów wewnętrznych zmian chorobowych nie wykazało. Zdjęcie rentgenowskie powiodło się niezupełnie, co należy przypisać w znacznym stopniu niedostatecznej technice naszej z owych czasów. W każdym razie, choć niezupełnie dokładnie, można było widzieć brak lub sćięczenie kości krzyżowej na środku mniej więcej 3 i 4 kręgu.

I tym razem, robiąc rozpoznanie, wyraziłem przypuszczenie, że najprawdopodobniej mamy do czynienia z przepukliną opon rdzeniowych krzyżową. Zastanawiało nas w danym przypadku to tylko, że chora urodziła dziecko względnie łatwo, i że nie było żadnych objawów, mogących wskazywać na ucisk ośrodków nerwowych; nie było zatem ani bólów głowy,

ani bólów lub osłabienia w kończynach, co zwykle notowano w takich przypadkach. Zaparcia stolca i parcie na mocz mogły zależeć tylko od przyczyn czysto mechanicznych.

Chorą w połowie stycznia 1906 r. przedstawiłem na posiedzeniu Sekcji chirurgicznej Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Zdanie kolegów wówczas podzieliło się. Jedni uważali guz za torbiel skórzasta, inni — za meningocele sacralis anterior.

D. 29 stycznia 1906 r. zrobiłem próbne nakłucie w okolicy dołu kulszowodbytniczego. Wydobyłem niewielką ilość substancji białej maziowatej, podobnej do śmietany. Pod drobnowidzem znaleźliśmy drobny rozpad, kryształ cholesterolu i nieliczne owalne komórki z jądrami. Rozpoznanie torbieli skórzastej było ustalone.

D. 31 stycznia przystąpiłem do operacji w uśpieniu chloroformowem przy pomocy Drów Leśniowskiego, Weisberżanki i Hubickiego. Cięcie poprowadziłem, jak do amputacji prostopadłej, od kości ogonowej do odbytu. Kość ogonowa nieco odchyłona ku tyłowi, płaska, mocno zrosnięta z kością krzyżową; pozatem też kość ogonowa przedstawia brak od strony prawej, wskutek czego czyni wrażenie, jakby była przesunięta na lewo. Odciąłem nożycami kość ogonową i bez większych trudności przedostałem się do guza, który począłem oddzielać. Guz miał ścianę cienką i zabarwienie szarobiaławe. Był on dość mocno zrosnięty z otoczeniem tak, że wypadło go prawie wszędzie oddzielać za pomocą noża. Podczas tego oddzielania ściana torbieli w jednym miejscu pękła, i poczęła wydobywać się zawartość podobna do tych, jakie w kaszakach znajdujemy. Ranę zabezpieczono, torbiel opróżniono, poczem całkowicie ją usunęto. Najtrudniej szło oddzielanie od góry, gdzie guz był ściśle zrosnięty z mięśniem dźwigaczem odbytu. Wielkość guza odpowiadała dużej pomarańczy. Teraz można było stwierdzić, że ponad usuniętym guzem leżał jeszcze inny, oddzielony od niego warstwą mięśnia dźwigacza odbytu. Przeciąwszy tę warstwę, przedostałem się do nowego guza, chęlnocącego, sprężystego, wyraźnie przeświecającego, podczas gdy pierwszy guz był matowy.

Podejrzewając, że teraz właśnie będziemy mieli do czynienia z przepukliną opon rdzeniowych krzyżową, poleciłem przygotować do jej nakłucia odpowiedni trójgraniec. Tymczasem, by nie tracić czasu, zacząłem guz odłuszczać, co okazało się łatwym i dało się wykonywać na tępo. Odłuszczyłem najprzód guz na znacznej przestrzeni, o ile można było sięgnąć, od przodu. Nie mogąc osiągnąć górnej granicy guza, począłem go ostrożnie odłuszczać od kości krzyżowej, co także szło z łatwością. Gdy nieco posuwałem się do góry, raptem polała się masa wodnistej płynu. Opróżniony szybko worek, zabrałem się do dalszego oddzielania go od przodu i od góry, co poszło łatwo. Wprędce worek trzymał się na miejscu tylko połączeniami z kością krzyżową. Teraz przekonałem się, że otwór w torbieli odpowiadał wejściu do zagłębienia w kości krzyżowej, które prawdopodobnie łączyło się z kanałem tejże kości. Wobec tego worek od kości oddzieliłem. Otrzymana obszerna, choć głęboka jama dawała możność po rozwarciu ścian jej hakami rozejrzeć się dokładnie. Po środkowej części dol-

nych kręgów krzyżowych przebiegało zagłębienie w kształcie rynienki, które mniej więcej na środku 3 kręgu krzyżowego kończyło się lejkowatą jamą. Ujście tej jamy pozwalało wprowadzić koniec palca. Zwęzając się w głębi, jama przechodziła w wązki kanał, przez który, jak to można było stwierdzić, sączył się nazewnątrz płyn mózgowordzeniowy. Ściana worka przepuklinowego, wogóle cienka, wchodząc do opisanej jamy, stawała się jeszcze cieńszą, prawie taką, jak bibułka. Nic też dziwnego, że dość było nawet niewielkiego nacisku, by ścianę tę przerwać, co stało się właśnie na miejscu wejścia do opisanego braku w kości. Pozostawało teraz zamknąć otwór kostny. Postanowiłem użytkować w tym celu uszypułowany płat mięśniowy, wycięty z największego mięśnia pośladkowego, jako że było to w danych warunkach najłatwiejsze. Do poprzedniego cięcia dodałem drugie, poprzeczne, przechodzące na lewy pośladek. Obnażywszy mięsień pośladkowy, wyciąłem z niego płat, kilkanaście centymetrów długi i kilka cent. szeroki, z szypułą w pobliżu linii pośrodkowej. Okazało się teraz, że przesunięciu płata na miejsce przeznaczenia przeszkadza stercząca poniżej opisanego zagłębienia część kości. Wobec tego odrąbałem dłutem 4 i 5 krąg krzyżowy, poczem już bez przeszkód mogłem przesunąć i ułożyć płat mięśniowy. Wyścielająca zagłębienie opona była tak cienka, że przyszyć do niej płata było niepodobna. Wobec tego umocowałem go, przyszywając kilkoma ściegami strunowymi do okostnej w okolicy zagłębienia. Pozatem wprowadziłem worek Mikulicza, który następnie szczelnie wypchałem gazą, starając się tą drogą koniec płata możliwie wcisnąć do braku kostnego i w tem położeniu go utrzymać. Ranę na pośladku zaszyłem, ranę zaś na kroczu zwięziłem.

Zabieg chora zniosła względnie dobrze. Słabe początkowo tętno po zastosowaniu wlewań soli i kamfory poprawiło się. Wieczorem dano chorej pić, poczem wystąpiły wymioty. Podczas jednego z takich napadów wymiotów chora poczuła, że coś z niej polało się. Rzeczywiście wprędce potem opatrunek był już przemoczony surowiczokrwawym płynem.

1 lutego. Wygląd chorej niezły, jakkolwiek tętno słabe, 110. W ciągu nocy wielokrotnie powtarzały się wymioty; rano ustały. Opatrunek przepojony płynem surowicznym; zmieniono warstwę powierzchowną. Cr. 37,2⁰, Cw. 38,2⁰.

2 lutego. Cr. = 37⁰. Chora wygląda lepiej, skarży się jeszcze na nudności, nie wymiotuje. T. 100, lepsze. Przesączenie się płynu wyraźnie mniejsze. Zmieniono opatrunek. Część pasków gazy, napelniającej worek zastąpiono świeżymi. Cw. 37,9⁰.

3 lutego. Cr. 38,1. Chora wczoraj po mleku kwaśnem zwymiotowała. Pomimo to opatrunek przemoczony niewiele. Chora czuje się nieźle. T. 100, silniejsze. Cw. 38,3.

Pomiędzy 4 a 7 lutego stan chorej stopniowo poprawiał się. Ustało przesączenie się płynu mózgowordzeniowego, tętno znacznie poprawiło się, nudności nie wracały. Jedyne tylko ciepłota jeszcze wciąż trzymała się wieczorami około 38⁰ do 38,2⁰. Przytem dokuczalo chorej częste parcie na mocz. Już przed operacją musiała ona często mocz oddawać. Po operacji wypadło chorej wypuszczać mocz kilka razy dziennie.

7 lutego. Cr. 38^o. W nocy chora, nie mogąc nikogo dowołać się, sama parokrotnie wstawała, by oddać mocz, zaraz potem poczuła, że płyn ponownie zaczął przesączać się. Rzeczywiście przy opatrunku znajdujemy, że cała gaza przepojona obficie płynem, który wprost z niej kapie. Chora czuje się gorzej. T. 110, słabsze. Cw. 38,8^o.

8 lutego. Cr. 38,6^o. Opatrunek znowu obficie zlany płynem. T. 120, słabe. Chora dość apatyczna, jeść nie chce. Cw. 38,8^o.

9 lutego. Cr. 38,8^o. Wyciekanie płynu bardzo obfite. Próbowano wyjąć worek Mikulicza, lecz okazało się, iż bardzo mocno przylega. Wobec tego napełniono go tylko świeżymi pasami gazy. Chora wyraźnie niknie. T. 126, słabe. Wieczorem chora czuje się nieco lepiej. T. 120 silniejsze. Opatrunek po raz pierwszy od 3 dni nie przemoczony. Cw. 39,8^o.

10 lutego. Cr. 38,6^o. Opatrunek przepojony płynem umiarkowanie, z rany płyn nie kapie, jak wczoraj. Rana czysta, worek Mikulicza udało się częściowo oddzielić; do kości krzyżowej przylega on mocno. Chora czuje się lepiej, je chętniej, mocz może zatrzymać 6 godzin. T. 116, silniejsze. Cw. 38^o.

11 lutego. Cr. 37,2^o. Opatrunek tylko słabo przemoczony. Rana ziarninuje dobrze. Udało się usunąć znaczną część worka Mikulicza, pozostawiając tylko kawałek gazy w okolicy przeszczepionego płata, gdzie przylegała ona najmocniej. Stan ogólny dobry. T. 110, Cw. 37,8^o.

Począwszy od następnego dnia ustało przesączenie się moczu, chora szybko poprawiła się. Ciepłota ciała 13 lutego zmniejszyła się do normy i taka już pozostała. 15 lutego usunięto resztki worka Mikulicza.

Odtąd gojenie szło już bez powikłań, duża jama potrzebowała jednakże sporo czasu do zupełnego zagojenia się. To też chora dopiero 30 maja opuściła szpital w stanie bardzo pomyślnym. Poprawiła się znakomicie, mogła sama oddawać co parę dni stolec, od czasu do czasu tylko pomagając sobie ławatywami. Mocz oddawała prawidłowo. Zaznacza tylko, że przy oddawaniu moczu ma wrażenie, iż jej pęcherz wypada nazewnątrz. Stwierdziliśmy, iż rzeczywiście zaczęło jej wytwarzać się cystocele, widocznie wskutek tego, że małe i słabe krocze nie mogło dostatecznie podeprzeć pochwy.

Chorą widziałem jeszcze raz jeden, w parę miesięcy po opuszczeniu szpitala. Czowała się bardzo dobrze. Od tego czasu już jej więcej nie widziałem, pomimo że m dowiadywałem się o nią. Podobno gdzieś z mężem przeniosła się na prowincję.

Wycięte podczas operacji torbiele zbadala Dr. M. Zielińska i dała następujący ich opis.

1. Większa torbiel (meningocele), obecnie prawdopodobnie cokolwiek skurczona, jest wielkości sporej pomarańczy. Ściana niejednakowej grubości, wogóle dosyć cienka, od wewnątrz po części drobno, lecz gęsto pofałdowana. W paru miejscach odchodzą od powierzchni wewnętrznej sznurkowate twory, u nasady cokolwiek grubsze, zresztą cienkie (grubości szarej nitki) rozgałęzione, wszystkimi końcami złączone ze ścianą.

Pod mikroskopem. Masę stanowi łączna tkanka włóknista, uboga w komórki, dosyć luźno utkana, złożona z włókien miejscami dosyć gru-

bych, często krętych, splełanych. Naczynia znajdują się tu w dużej liczbie, różnego kalibru, przeważnie napelnione krwią; miejscami wiązki mięśni gładkich. W zewnętrznej warstwie ściany nieliczne nerwy (pnie nerwowe). Wysłanie torbieli od wewnątrz stanowi łącznotkankowa błonka budowy ściślejszej.

2. Mniejsza torbiel jest wielkości jaja kurzego, ściana niejednostajnej grubości. Do badania wzięto kawałek z miejsca najgrubszego.

Pod mikroskopem. Powierzchnię wewnętrzną wyściela niegruba warstwa płaskiego nabłonka. Ścianę stanowi łączna tkanka włóknista luźnej budowy, oraz w znacznej części pęczki mięśni gładkich. Żadnych elementów skórnych ściana nie zawiera.

Za uprzejme zbadanie torbieli niniejszem składam Dr. M. Zielińskiej podziękowanie.

Porównywając powyższy przypadek z tymi, które są mi znane z piśmiennictwa, widzę, że najbardziej zbliża się on pod względem objawów do przypadku Neugebauera. W obu tych przypadkach brak objawów ze strony układu nerwowego, występują zaś na pierwszy plan objawy uciskowe, zwłaszcza — objawy ucisku na kiszki. W moim atoli przypadku macica i pochwa nie przedstawiały tych zmian, które znalazł Neugebauer.

Godne uwagi jest w moim przypadku zachowanie się guza podczas porodu. Początkowo tego szczegółu nie umieliśmy sobie wytłómaczyć. Dopiero operacja rozwiązała zagadkę. Siedząca w małej miednicy torbiel skórzasta działała na przepuklinę oponową, jak tampon, nie pozwalając jej opuszczać się na dół, a zmuszając kierować się ku górze, do dużej miednicy. Tym sposobem guz przepuklinowy, aczkolwiek wychodził z kości krzyżowej, rozwijał się jednak w miednicy dużej, prac głównie na kiszki. Gdy doszło do porodu, przeszkodę mogła tworzyć torbiel skórzasta, lecz była ona zamała, by wykonaniu obrotu i wydobyciu dziecka przeszkodzić.

Co się tyczy podniesienia ciepłoty po porodzie, to było ono prawdopodobnie w znacznym związku z wyciekaniem płynu mózgowordzeniowego. Ciepłota była wówczas najwyższa, gdy wyciekanie płynu było największe, a stan chorej najgorszy. Skoro płyn przestał wyciekać, ciepłota ciała zmniejszyła się do normy. Tego rodzaju objaw miałem możność spostrzeżać parokrotnie u dzieci w przypadkach tarcziny dwudzielnej, gdy

po pęknięciu lub po operacji guza płyn mózgowordzeniowy czas jakiś wyciekał nazewnątrz.

Trudno mi na mocy kilku znanych dotąd przypadków wyprowadzać dalej sięgające wnioski o przepuklinie oponowej krzyżowej przedniej. Niemniej przeto postaram się choć krótki obraz tego cierpienia narysować.

Podstawę tego cierpienia stanowią braki w rozwoju kości krzyżowej. Braki te mogą przedstawiać się pod postacią rozszczepów, lub większych ubytków kości. Niekiedy obie te postacie wrodzonych zniekształceń łączą się ze sobą. Tak więc w przypadku Kronera i Marchanda pierwszy krąg krzyżowy przedstawiał całkowity rozszczep trzonu, drugi zaś krąg — spory ubytek w prawej połowie trzonu. Znaczna część rozszczepu lub ubytku zwykle bywa zarośnięta twardą tkanką łączną, kanał zaś, prowadzący do wnętrza, t. j. do kanału kości krzyżowej, zwykle bywa wązki. Zależnie od umiejscowienia braku w kości, kanał, prowadzący do wnętrza, może być ułożony bądź to na linii środkowej, bądź też przesunięty na lewo lub na prawo w stosunku do niej. Zdaje się, iż to ostatnie zdarza się częściej. W tych przypadkach, gdzie istnieje większy brak kości krzyżowej, obejmujący całą jej część boczną zarówno od przodu, jak i od tyłu, guz przepuklinowy, o ile się zdaje, ma większą skłonność kierować się ku tyłowi (przypadki Virchowa i Wegnera).

Przechodząc do etyologii omawianego tu cierpienia, musimy przede wszystkim zaznaczyć, że przedstawia ono sobą zбочenie wrodzone, któremu często towarzyszą inne także zбочenia, jako to: wady rozwojowe macicy i pochwy, stopa szpotowa, słabsze rozwinięcie jednej kończyny dolnej. Co do teorii, usiłujących wytłómaczyć nam powstawanie tego zбочenia, to podawano ich kilka. Pomijam te, które dziś mogą mieć znaczenie tylko historyczne. Najwięcej dziś przyjmowana teoria stara się to zбочenie związać z wadliwym rozwojem chrząstki, z której następnie rozwija się trzon kręgu krzyżowego. Tu muszę zaznaczyć, że początkowo (Meckel i inni) przypuszczano, że zachodzi tu wada w kostnieniu trzona kręgowego. Opierało to na poglądzie, że kostnienie trzonu kręgowego zaczyna się w dwóch punktach, z dwóch jąder, które następnie zlewają

się ze sobą. Dość zatem, by takiemu zlaniu się tych dwóch ognisk coś przeszkodziło, a wynikiem tego będzie rachischisis anterior.

Gdy jednakże Kölliker i inni dowiedli, że tylko kostnienie łuków kręgowych zaczyna się z dwóch punktów, trzony zaś mają tylko jeden punkt kostnienia, powyższa teoria musiała upaść. To też cofnięto się wstecz w dziejach rozwoju kręgow i tam starano się doszukać początków omawianego zбочenia.

Wiadomo, że w 2-im miesiącu życia płodowego wytwarza się chrząstkowa podstawa kręgow. Najprzód po obu stronach struny grzbietowej tworzą się oddzielne ogniska tkanki chrząstkowej; te oto ogniska następnie łączą się ze sobą cienkimi blaszkami chrząstkowymi, z których jedna przebiega przed struną, druga po za nią. Blaszki te w tym okresie życia przedstawiają się nie we wszystkich punktach jednakowo. O ile będziemy je badali bliżej głowy, znajdziemy je grubsze. W miarę posuwania się ku ogonowi znajdziemy je coraz cieńszymi. Z czasem tkanka chrząstkowa rozrasta się i oba ogniska coraz bardziej zlewają się ze sobą. W każdym razie ten moment najpóźniej następuje w kości krzyżowej. Otóż dość, by taka cienka listewka, łącząca oba ogniska chrząstkowe, uległa jakiemuś choćby małemu zбочeniu, a da to w wyniku rozszczep trzonu kręgowego.

W ostatnich czasach Pupovac dał inne objaśnienie powstania omówionego przez nas cierpienia. Twierdzi on, że to *canalis neurentericus* wskutek niedokładnego zamknięcia się stanowi moment usposabiający do powstawania tego rodzaju zбочeń. Na nieszczęście — pracę Pupovaca znam tylko w streszczeniu.

Objawy przepukliny oponowej krzyżowej są w znacznym stopniu identyczne z objawami, które wywołuje każdy guz w tem miejscu, a zwłaszcza torbielowaty.

Przedewszystkiem stwierdzamy obecność guza chęłbocącego, leżącego nieruchomo na kości krzyżowej i odpychającego ku przodowi pochwę i odbytnicę. Tu zaznaczyć muszę, że wszystkie dotąd spostrzegane przypadki tego cierpienia dotyczyły kobiet w młodym lub średnim wieku. Guz taki rośnie pomału, może jednakże zacząć szybko powiększać się po ura-

zie (poród, upadnięcie). Małe guzy przebiegają, o ile można wnosić z dotychczasowych przypadków, bez wybitniejszych objawów. Dopiero, powiększając się, guz może powodować objawy uciskowe ze strony układu nerwowego: bóle głowy, krzyża, kończyn dolnych, nudności, wymioty, lub też ze strony narządów sąsiednich (kiszki grubej, pęcherza moczowego). Zwłaszcza porody oraz inne urazy, powodujące szybkie powiększanie się guza, łatwo wywołują objawy ucisku na układ nerwowy.

Do rzędu ważnych objawów należy zaliczyć stwierdzenie braków, rozszczepów w kości krzyżowej. Możemy je stwierdzić bądź to badaniem bezpośrednim (Neugebauer), bądź też za pomocą rentgenografii. Wprawdzie dotychczasowe badania w tym kierunku są niewystarczające, lecz tu trzeba zaznaczyć, że przypadki Neugebauera i mój, w których odpowiednie próby robiono, były spostrzegane przed laty kilkoma. Dziś technika rentgenografii postąpiła o tyle, że można mieć nadzieję otrzymać wyniki nie gorsze tu, niż w przypadkach ortopedycznych.

Należy zwrócić uwagę, o czem zresztą już wyżej była mowa, że rozszczepom kości krzyżowej często towarzyszą zбочenia rozwojowe w innych narządach.

Wreszcie, do rzędu objawów charakterystycznych należy zaliczyć płyn, który możemy w wielu razach otrzymać drogą nakłucia próbnego. Płyn ten ma cechy płynu mózgoworodniowego.

Co się tyczy rozpoznania różniczkowego, to należy tu mieć na widoku wszystkie guzy, które możemy w tej okolicy napotkać. Z tych jednakże odrazu odpadną guzy twarde, nie dające chełbotania, a zatem — kostniaki kości krzyżowej, mięsaki i t. p. Niemalø trudności w rozpoznaniu mogą jednakże stanowić guzy miękkie, torbielowate. Do takich przedewszystkiem należą torbiele skórzaste, które mogą dosięgać znacznych wymiarów, odpychać kiszkę, dawać chełbotanie. W tych atoli razach chełbotanie będzie mniej wyraźne, brak będzie objawów ucisku na układ nerwowy. Po za tem rentgenografia i próbne nakłucie mogą tu decydować.

Z innych guzów mogą tu nastęrczać pewne wątpliwości

rozmiękczone mięsaki, torbiele kostne, bąblowce (Freund). W ocenianiu tych guzów należy mieć na widoku wyżej wymienione dane. Po za tem rzadko spotykane torbiele kości krzyżowej zwykle tylko w pewnych punktach bywają zupełnie miękkie; natomiast—inne części guza, jako pokryte blaszką kości, są twarde lub twardawe.

Co się tyczy leczenia, to do ostatnich czasów uważano meningocele sacralis anterior za cierpienie z rodzaju *noli me tangere*. Przypadek, opisany przez Pupovaca, jako też mój przypadek pozwalają twierdzić, że i tu interwencya operacyjna jest możliwa, a często nawet konieczna. Cierpienie to, jak wiadać z przytoczonej kazuistyki, może powodować zaburzenia tak ciężkie, że chora prędzej zdecyduje się na operacyę nawet niebezpieczną, niż na żywot, pełen cierpień i niebezpieczeństw. Co do szczegółowych wskazań, jakie przypadki należy wybierać do operacyi, trudno z góry coś powiedzieć. Trzeba tu indywidualizować, zależnie od objawów, od umiejscowienia guza, od stanu sił chorego. Muszę jednak uczynić jedną uwagę. Dr. Neugebauer w swej bardzo interesującej pracy zaznacza, że w jego przypadku wskazanie do operacyi czynił zależnem Dr. Krajewski od obrazu rentgenowskiego, względnie od tego, jak wielki brak w kości wykaże zdjęcie rentgenowskie. Otóż z tego, cośmy wyżej mówili, wypływa, że zdjęcie pod tym względem nie może być miarodajne. Duże braki mogą być zapełnione twardą tkanką łączną tak, że pozostaje zaledwie wązki kanał, łączący wewnątrz kręgosłupa z guzem przepuklinowym.

Co się tyczy techniki operacyjnej, to inaczej postąpiono w przypadku Pupovaca, inaczej zaś ja postąpiłem. Wynik wykazał, że obie drogi są możliwe. Tam przebieg był gładki; takim pozostał by prawdopodobnie i w moim przypadku, gdyby chora z powodu braku opieki nie podniosła się zawczasem i nie spowodowała ciężkiego parodniowego wypływu cieczy mózgowordzeniowej.

W przypadku Pupovaca niechcący natrafiono na przepuklinę oponową, a, zorientowawszy się, część worka wycięto, resztę zaszyto i na miejscu pozostawiono. Ja celowo worek separowałem, by go usunąć całkowicie i to mi się udało. Dla

zamknięcia dziury w kości krzyżowej użyłem płata mięśniowego, co ostatecznie okazało się słusznem. Niemniej przeto na przyszłość w tego rodzaju przypadku postąpiłbym nieco inaczej. Doszedłszy do guza, nie tykałbym jego połączeń z kością, lecz najprzód starałbym się go oddzielić od kiszki, o ileby to nie było połączone z dużemi trudnościami. Obnażywszy go na pewnej przestrzeni, wykonałbym nakłucie, opróżnił guz, oddzielił od przodu i od góry, a w końcu ostrożnie oddzielałbym go od kości. Tu dużą pomoc mógłby okazać rentgenogram, wskazując, gdzie można spodziewać się kanału, łączącego guz z wnętrzem kręgosłupa. Zbliżywszy się do tego kanału, obciąłbym guz, szypułę podwiązał lub zaszył. O ileby to możliwe było, należałoby nawet nałożyć szew parapiętrowy. W końcu, jeżeliby warunki na to pozwalały, zastosowałbym płat mięśniowy, jak w wyżej przytoczonym przypadku. Tym płatem przykryłbym kikut oraz okolice wejścia do kanału. Jeżeliby się worek przy oddzielaniu przedarł tuż przy wejściu do kanału, postąpiłbym, jak w przypadku, wyżej opisanym.

PIŚMIENICTWO.

1. Cruveilhier. Anatomie pathologique. 1829 — 1835. Liv. VI, Pl. III, Fig. 3—4. Liv. XX, Pl. VI, 5 — 6.
2. Cruveilhier. Traité d'anatomie pathologique générale. 1849. T. I, p. 202
3. Braune. Die Doppelbildungen und angeborene Geschwülste der Kreuzgegend. Leipzig. 162, S. 74.
4. Rindfleisch. Virchow Arch. 1860. XIX, S. 546. 1863. XXVII, S. 138, 143
5. Wegner. Beitr. z. Geburt. u. Gynäk. 1870. S. 83.
6. Loehlein. Beitr. z. Geburt. u. Gynäk. 1874. Bd. III, S. 3.
7. Hofm. Medizinische Jahrbücher. Wien. 1878. S. 447.
8. Hugenberger. Arch. f. Gynäk. 1879. Bd. XIV, S. 1—33.
9. Kroner u. Marchand. Arch. f. Gynäk. 1881. Bd. XVII, S. 444.
10. Ahlfeld. Die Missbildungen des Menschen. Leipzig. 1880.
11. Koch. Mittheilungen u. Fragen d. wissenschaftlichen Medizin. 1881. Hf. I, S. 37.

12. Dammann. Ein Fall v. Rhachischisis anterior et posterior mit Hernia diaphragmatica. Berlin. 1882. Dissert.
13. Thomas. Medical Times. 1885. T. I, p. 869. Streszczenie z Philadelphie Medical News. 1885. 16 Maj.
14. Freund. Gynäkologische Klinik. 1885, Bd. I, S. 299.
15. Löhlein. Gynäkologische Tagesfragen. 1895. Hf. IV, S. 32.
16. Barbarin et Devé. Bulletins de la Société anatomique de Paris. 1899. Mars, p. 255.
17. Marchand. Real Encyklopädie — Eulenburg. 1899. Vol 22, p. 591.
18. Neugebauer F. Ginekologia. 1903. S. 75, 149, 206.
19. Pupovac. Centr. f. Chir. 1905. S. 453
20. Kermauner. Zeitsch. f. Heilk. 1906, Sonderabdruck.
21. Kermauner. D. Morphologie d. Missbildungen d. Menschen u. d. Tiere (herausg. v. Schwalbe). 1909. Th. III, Lief. 1, S. 102.
22. Oehlecker. Beitr. z. klin. Chir. 1909. Bd. LXI, S. 570.
23. Lafond. La Loire médicale. 1911. 10, p. 303.

Z oddziału chirurgicznego w szpitalu na Czystem w Warszawie.

O leczeniu operacyjnem wypadnięcia odbyticy (Prolapsus recti)

podał

LUDWIK KRAUZE

Ordynator oddziału.

Wypadnięcie odbyticy, przytrafiające się w każdym wieku — u dzieci, w wieku średnim i u ludzi starych — zawsze stanowi cierpienie ciężkie; czyni ono człowieka niezdolnym do pracy, a powikłania, jakie się tu często zdarzają pod postacią: krwotoków, owrzodzenia błony śluzowej powierzchownego i głębokiego, nie pozostają bez ujemnego wpływu na cały ustrój. Nic też dziwnego, że już od bardzo dawna robione są usiłowania w kierunku doszczętnego wyleczenia tego nietylko cierpienia, lecz raczej nieprzyjemnego a nawet niebezpiecznego kalectwa.

Pomimo wszakże różnorodnych sposobów leczenia operacyjnych i nieoperacyjnych, mniej lub więcej trafnych, mniej lub więcej złożonych, dotychczas jeszcze niema ani jednego, któryby można nazwać idealnym, aczkolwiek w znacznym stopniu należy wyróżnić te sposoby, które uwzględniają zmiany anatomiczne, będące główną podstawą wypadnięcia odbyticy.

Hoffmann uważa niedostateczną odporność dna miednicy małej, jako przyczynę wypadnięcia odbyticy. Zachodzą tu zmiany nietylko w mięśniach (spincteres, levator ani, m. coccy-

geus, transversus perinei), lecz i w kościach miednicy (os sacrum, os coccygis). Mięśnie znajdują się w stanie niedowładu, są słabo napięte.

Ludloff i Napalkow stwierdzili nawet zwyrodnienie włókien mięśniowych i przerost tkanki łącznej. Kość krzyżowa i ogonowa przedstawiają się mniej wklęsłemi, aniżeli to bywa w stanie prawidłowym. Odbytnica więc z tego powodu przybiera kierunek poniekąd prostopadły, podczas gdy w warunkach prawidłowych spoczywa w położeniu poziomem na dnie, zaczawszy od odbytu aż do kości krzyżowej. W takim stanie dna miednicy — oczywiście — powiększone ciśnienie wewnątrz-brzusze z łatwością sprowadzić może wypadnięcie odbytnicy w większym lub mniejszym stopniu.

Dla Jeannela dno miednicy w przypadkach wypadnięcia odbytnicy ma znaczenie drugorzędne; ważniejszą rolę odgrywają tu więzadła — krezka odbytnicy i krezka okrężnicy — podtrzymujące odbytnicę w jej położeniu i nie pozwalające jej zsunąć się ku dołowi. Osłabienie więzadeł powoduje wypadnięcie. Opiera on wraz z Verneulem to twierdzenie na tym fakcie, że nawet po znacznem zniszczeniu zwieraczy, jakie daje się spostrzegać po operacjach przetoki odbytu, lub po operacjach raka odbytnicy, z tego powodu wypadnięcie nie następuje. Przeciwno jednak temu twierdzeniu przemawia doświadczenie Ludloffa, który wyciął psu kość ogonową i, oddzieliwszy odbytnicę od wszystkich jej więzadeł, wywołał sztuczne wypadnięcie, zauważył jednak, że już po kilku dniach odbytnica wciągnęła się sama. Dowodzi to, jak niewielkie znaczenie mają więzadła.

Jedną z ważnych przyczyn wypadnięcia odbytnicy jest, jak badania anatomiczne Waldeyera wykazały, nizkie położenie fałdy otrzewnej i rozszerzona jama Douglasa. Już podczas zwykłego napięcia ściany brzusznej u osób zdrowych fałda otrzewnej opuszcza się ku dołowi i ku tyłowi, lecz w granicach fizjologicznych, dzięki różnym czynnikom, jakie posiada prawidłowa odbytnica, mianowicie: 1) dzięki możliwości mocnego kurczenia się odbytnicy fałda otrzewnej podtrzymywana jest z dołu, i 2) dzięki mocnej budowie otrzewnej i jej napięciu zbyt obszerne ruchy są niemożliwe.

Momentami, wywołującymi wypadnięcie odbytnicy, są wszelkie cierpienia, powodujące silne napięcie ściany brzusznej podczas oddawania stolca. Więc u dzieci rozwolnienie często powtarzające się, u dorosłych—zaparcie stolca; u mężczyzn cierpienie narządów moczowopłciowych, u kobiet—częste i ciężkie porody. U mężczyzn i kobiet przebyte choroby zakaźne: dur brzuszny, biegunka krwawa, zimnica, nowotwory odbytnicy, zwężenie odbytnicy wrodzone i t. d.

Według Fischla, wypadnięcie odbytnicy poprzedza niezbyt odbytnicy i obrzęk tkanki podśluzowej z powodu zapalenia, które przechodzi na błonę śluzową i mięśniową i powoduje rozluźnienie błony śluzowej odbytnicy od otaczających tkanek.

Jeżeli przy istnieniu takiego rozluźnienia odbytnicy z jakiegokolwiek bądź powodu ma miejsce silne wewnątrzbrzuszne ciśnienie, to zwykle fałda Douglasa, która znajduje się u mężczyzn między pęcherzem i odbytnicą, a u kobiet między pochwą i odbytnicą, zsuwa się ku dołowi, przednia ściana odbytnicy wypukła się do światła, do utworzonej jamy wpadają pętle kiszek i tworzy się przepuklina kroczoza, dająca początek wypadnięciu odbytnicy. Słabe więc mięśnie odbytnicy przyczyniają się do powstawania przepukliny kroczozej i—co za tem idzie—wypadnięcia odbytnicy.

Rozpoznanie wypadnięcia odbytnicy nie przedstawia trudności. Chory po większej części sam określa swe cierpienie. Już na pierwszy rzut oka zwraca uwagę silnie rozluźniony zwieracz, który przepuszcza bez najmniejszego oporu 2 i 3 palce, światło odbytnicy mocno rozszerzone. Od nadymania się chorego ukazuje się w otworze stolcowym przedewszystkiem błona śluzowa, a za nią w przypadkach daleko posuniętych wszystkie warstwy кишки prostej na większej lub mniejszej przestrzeni. Błona śluzowa części wypadniętej barwy różowej lub sinej, gdzie indziej owrzodzona. Odbytnica wypadnięta daje się zwykle łatwo odprowadzić, lecz czasem przy najmniejszym wysiłku wypada ponownie, czasem zaś bezustannie znajduje się na zewnątrz odbytu. Otwór stolcowy leży więcej ku dołowi, bliżej kości ogonowej, niż zwykle.

Rozróżniamy 3 stopnie wypadnięcia odbytnicy. Może wypaść: 1) tylko błona śluzowa (prolapsus ani), 2) cała odbytnica

t. j. mogą wypaść wszystkie warstwy (prolapsus recti) i 3) błona śluzowa i odbytnica (prolapsus ani et recti). W przypadkach wypadnięcia błony śluzowej i odbytnicy zewnętrzna fałda przejściowa znajduje się przy otworze stolcowym tak, iż błona śluzowa odrazu przechodzi w skórę bez rowka, w przypadkach zaś wypadnięcia tylko odbytnicy między błoną śluzową a skórą znajduje się mniej lub więcej głęboki rowek.

Długość wypadniętej błony śluzowej wynosi zwykle 3 do 4 cm., znany jest jednak przypadek, w którym długość wypadniętej błony śluzowej wynosiła aż 12 cm. (Treves). Według Ludloffa — długość wypadniętej kiszki bywa różna, u dzieci rzadko przekracza 5 cm., u dorosłych zaś — 10 do 15 cm.

Leczenie wypadnięcia odbytnicy może być zachowawcze, nieoperacyjne (aparaty, masaż, różne opaski) i operacyjne.

Co się tyczy leczenia zachowawczego, to z wielu przyrządów więcej lub mniej pomysłowych, służących do utrzymania odbytnicy, wspomnę tylko o przyrządzie Bauera, zbudowanym z uwzględnieniem jednej z przyczyn, wywołujących wypadnięcie. Wychodząc z jednej strony z tego punktu widzenia, że niektóre przypadki wypadnięcia odbytnicy dają się wyleczyć, jeżeli udaje się zapobiedz wypadnięciu podczas wypróżnienia, gdyż po pewnym czasie osłabiony zwieracz i dźwigacz odbytu znów wzmocnić się może, z drugiej zaś strony z powodu niskiego położenia fałdy otrzewnej wzmózione wewnątrzbrzusze ciśnienie działa na część odbytnicy, która z tyłu kostnego oparcia nie ma i z tego powodu przednia ściana odbytnicy wypukła się, Bauer sporządził przyrząd, składający się z pasa i poduszeczki, która wprowadzona do odbytnicy przyciska tylną ścianę do kości krzyżowej. Przyrząd ów działa tak, że największe wzmózione ciśnienie wewnątrzbrzusze nie wywołuje wypadnięcia. Autor stosował wzmiankowany przyrząd u dzieci. Po kilku miesiącach zwykle nastąpiło wyzdrowienie.

Również dobre usługi oddaje mięsienie dna miednicy sposobem Thure-Brandta, metodycznie wykonywane, jako wzmacniające mięśnie dna miednicy. Ludloff przytacza 5 przypadków, wyleczonych za pomocą takiego mięsienia. Wynik bywa dobry dzięki wzmocnieniu mięśniówki samej kiszki oraz dzięki

wzmocnieniu mięśni dna miednicy. Przeciwwskazaniem do stosowania mięsienia jest ostre zapalenie, zgorzel, obszerne owrzodzenie i nieodprowadzalność wypadniętej kiszki. Ludloff radzi w każdym przypadku wypadnięcia, jeśli tylko niema przeciwwskazania, zaczynać leczenie od mięsienia w ciągu dwóch tygodni, jeżeli zaś po upływie tego czasu polepszenie nie nastąpi, przedsięwziąć operację. Ujemną stroną mięsienia jest długotrwałość leczenia i niemożność określenia czasu trwania leczenia.

Leczenie operacyjne sięga jeszcze tych czasów, kiedy o przyczynie wypadnięcia odbytnicy nic nie było wiadomo. Przeważnie wszelkie rękoczyny skierowane były ku temu, aby wywołać zwężenie odbytu, lub odbytnicy w przypuszczeniu, że to wystarczy, aby odbytnica nie wypadła. Tak Dupuytren zwęził odbyt, wycinając szereg fałd skórnych naokoło odbytu. Dieffenbach wycinał ze ściany wypadłej części kiszki i skóry krocza klin, którego podstawa zwrócona była do odbytu. Ranę zaszył szwem głębokim. Kehrer wycina na tylnym obwodzie wypadającego cylindra z błony śluzowej trójkąt, zwrócony podstawą do odbytu. Ranę zaszywa.

W tymże celu dla wywoływania zwężenia w miejsce noża stosowano żegadła lub płyny żrące, zwęglając bądź całą powierzchnię błony śluzowej wypadłej części kiszki, bądź niektóre tylko miejsca.

W roku 1884 Lange w celu zwężenia światła odbytnicy wykonał operację już nieco więcej złożoną, dającą już nieco więcej szans wyleczenia przynajmniej na pewien czas. Cięcie robi od odbytu do dolnego końca kości ogonowej; odsłoniwszy tylną powierzchnię odbytnicy, nakłada szereg szwów węzłkowych w kierunku prostopadłym do osi kiszki, nie biorąc w szew błony śluzowej. Ranę krocza zeszywa. W ten sam sposób operował w kilka lat później Czerny z tą różnicą, że jednocześnie tylną ścianę odbytnicy zeszył za pomocą szeregu szwów strunowych z wiązadłem kolcowo- i kulszowokrzyżowem. Sposób ten nazwał Czerny *rectoplicatio*.

Sposób Wredena polega na skręceniu odbytnicy, przez co ona zwęża się i staje się mocniejszą. Robi on cięcie naokoło zwieracza zewnętrznego na 1 cm. powyżej odbytu; odbytnicę

oddziela na tępo razem ze zwieraczem z tyłu do mięśnia dźwigacza odbytu, a z przodu do gruczołu krokowego, lub mniej więcej na 5 do 6 cm. powyżej otworu stolcowego. Odbytnicę skręca na 90, 180, 270, 360° stosownie do ciężkości przypadku.

Stopień zwężenia kontrolować należy palcem. Wreden wykonał tę operację 32 razy z jednym wynikiem niepomyślnym. Był to stary wiekiem chory, cierpiący na stwardnienie tętnic z mocno upośledzonym obiegiem krwi. Po operacji nastąpiła zgorzel kiszki. Mirotworcew operował tym sposobem 3 razy z pomyślnym wynikiem, Danew — 40 przypadków, z których dwa z wynikiem niepomyślnym, a Zylberstein 15 przypadków; w jednym z tych przypadków spostrzegł zwężenie kiszki, które wystąpiło wkrótce po operacji. Słabą stroną tej operacji jest ta okoliczność, że skręcają się naczynia, co może wpłynąć niepomyślnie na odżywienie kiszki. Na starych więc osobnikach operacji tej stanowczo wykonywać nie należy.

W celu zwężenia tylko otworu stolcowego podał Thiersch sposób nadzwyczaj prosty i z tego względu dotychczas jeszcze w Niemczech szeroko stosowany. Sposób ten polega na wprowadzeniu drutu za pomocą grubej igły pod skórą dookoła zwieracza zewnętrznego. Końce drutu skręcają się i pograżają pod skórę. Na ranę nakłada się szew. Wprowadzony palec do odbytnicy wskazuje nam, jak dalece można drut ściągnąć, by otwór nie okazał się zbyt wązki.

W miejsce drutu używa Henschen plecionki jedwabnej lub kawałków naczyń, wziętych ze świeżych trupów, ścięgien, okostnej, rozścięгна, ścięгна Achillesa od samego pacyenta. Brun zaś zmienił sposób Thierscha w ten sposób, że prowadzi cięcie na tylnej części odbytu na przestrzeni 2 cm. od otworu stolcowego długości 3 cm., i za pomocą tępego narzędzia tworzy kanał naokoło odbytnicy z obu stron aż do przedniego spoidła. Następnie wycina z rozścięгна uda pasek długości 12 cm., szerokości 2 do 2,5 cm., pasek ten skręca w postaci sznurka tak, że powierzchnia rozścięгна, która przylegała do mięśnia, znajduje się na zewnątrz. Za pomocą tępej igły wprowadza ten sznur naokoło odbytnicy i zeszywa początek z końcem, resztę odcina. Ranę zaszywa szwem dwupiętrowym. Spo-

sobu tego używa przeważnie u osób starych z doskonałym wynikiem.

Biorąc pod uwagę, że rozluźnienie odbytnicy od tylnego jej przymocowania stanowi główną i pierwotną przyczynę wypadnięcia odbytnicy, niektórzy autorowie starali się podzielać w tym kierunku. W tym celu Verneuil wycina płat trójkątny, którego wierzchołek znajduje się przy kości ogonowej, podstawa zaś jest obrócona do odbytu; następnie odsłania odbytnicę i przez tylną ścianę przeprowadza 4 szwy, których końce przeprowadza przez skórę i zawiązuje. Metodę tę zmienił Gerard Marchand w ten sposób, że odbytnicę przymocował do okostnej kości krzyżowej i ogonowej (*Rectococcygopexis*).

W nieco odmienny sposób wykonał powyższą operację Bircher u 71 letniej staruszki. Robi on cięcie od wierzchołka kości ogonowej do otworu stolcowego; oddzieliwszy prostnicę na całym obwodzie jak do wycięcia, przekłuwa ją nawleczoną igłą jak można najbliżej przedniej ściany w okolicy między kością krzyżową i odbytem, i przyszywa do więzadła krzyżowoguzicznego; drugim szwem przekłuwa ścianę boczną i przyszywa do więzadła krzyżowoguzicznego tylnego; 2 szwy nakłada w ten sam sposób na tylną ścianę odbytnicy. Podobne 4 szwy nakłada i na drugiej stronie. Odbytnica w ten sposób okazuje się zwężoną. Jeżeli szwy te nie wystarczają, nakłada drugi taki rząd szwów w okolicy odbytowej części odbytnicy i przyszywa ją do kości ogonowej.

Sachanski w jednym przypadku zastosował metodę Verneuila z własną odmianą. Cięcie prowadzi podłużne od połowy kości krzyżowej do odbytu. Przecina wszystkie części miękkie aż do prostnicy; zwieracz również przecina. Prostnicę oddziela z boku i od kości krzyżowej i ogonowej o ile można wysoko. Za pomocą kilku szwów jedwabnych, przechodzących przez warstwę mięśniową, zwęża prostnicę i kilkoma szwami przyszywa ją do okostnej kości krzyżowej. Przecięty zwieracz zeszywa szwem dwupiętrowym, nakładając jeden koniec na drugi. Takim sposobem zwieracz nie tylko zwęża się, lecz i wzmacnia.

Jedną z dawniejszych metod operacyjnych jest — usunięcie wypadłej części kiszki, jako czegoś zbytecznego. Pierwszym

chirurgiem, który wykonał tę operację, był Auffret, technikę zaś operacji wyrobił i opisał Mikulicz jeszcze w roku 1883.

Tuż przy otworze stolcowym prowadzi cięcie poprzeczne 3 do 4 cm. długości przez wszystkie warstwy кишки; brzeg cylindra zewnętrznego, pozostający przy odbycie, natychmiast przyszywa do zewnętrznej powierzchni wewnętrznego cylindra кишки wypadłej. Następnie cięcie posuwa dalej i w miarę przecinania cylindra zewnętrznego zaraz przyszywa do cylindra wewnętrznego. Doprowadziwszy przecinanie zewnętrznego cylindra i przyszywanie do wewnętrznego do końca, odcina wewnętrzny cylinder, i po podwiązaniu naczyń krwawiących zeszywa błony śluzowe obu odcinków za pomocą szwu jedwabnego kuśnierskiego.

Operacja wycięcia wypadłej odbytnicy, mająca zresztą swoje specjalne wskazania, jest operacją ciężką a nawet niebezpieczną głównie z powodu nadzwyczaj silnego krwawienia, które jej towarzyszy. Krwawią nie tylko naczynia, lecz również bardzo silnie brzegi przeciętej błony śluzowej, jak to już zauważył Matlakowski w opisie przypadku, jaki miał sposobność operować powyższym sposobem. I dla tego Krajewski, przystępując do operowania swych przypadków, przedewszystkiem pomyślał o zabezpieczeniu się od krwotoku. W tym celu sporządził dość gruby cylinder, opatrzonej na jednym końcu śrubą, na którą nakręca się krótkie oliwkowate zakończenie, opatrzone rowkiem. Cały ten przyrząd wprowadza do wypadłej кишки i otacza kioskę rurką gumową w miejscu, gdzie znajduje się rowek; rurkę zaciska klampem. W ten sposób wykonywa operację bezkrwawo. Operację ową wykonał 5 razy; wszystkie zakończyły się pomyślnie.

Innego sposobu w celu uniknięcia krwawienia używa Dembowski. Przekłuwa odbytnicę wypadłą u podstawy igłą 25 cm. długości i 4 mm. grubą; wprowadza palce do światła кишки i rozszerza ją. Następnie za pomocą przewiązki przymocowuje dwie blaszki żelazne do igły, jedną z przodu, drugą z tyłu. Takim sposobem operuje z bardzo nieznacznym krwawieniem. Wycięcie odbytnicy sposobem Mikulicza wykonał również między innymi Bogdanik z tą zmianą, że w miejsce szwów węzł-

kowych nakłada szew tak zwany stebnówkowy. Operował 5 przypadków, z których 3 zakończyły się śmiercią, z tych jeden z powodu ospy.

Jak już wspomniałem na wstępie, najbardziej uzasadnionymi metodami operacyjnymi są te, które uwzględniają przyczyny, wywołujące wypadnięcie odbytnicy i biorą pod uwagę zmiany anatomopatologiczne. Do nich należą: przyszycie okrężnicy do ściany brzusznej (colopexia), operacja wytwórcza dna miednicy, sposób Rehna-Delorme'a i zniszczenie jamy Douglasa.

Przyszycie okrężnicy do ściany brzusznej pierwszy wykonał Jeannel w r. 1889, uważając, że najważniejszą przyczyną wypadnięcia odbytnicy jest osłabienie górnych więzadeł, powstrzymujących odbytnicę w jej prawidłowem położeniu. Biorąc pod uwagę, że prawie w każdym przypadku wypadnięcia odbytnicy spostrzegać się daje niezbyt prostnicy, Jeannel w kilka dni po przyszyciu okrężnicy utworzył odbył sztuczny, aby odbytnica pozostawała pewien czas w spokoju. Po pewnym czasie otwór zaszywa.

Przyszycie okrężnicy wykonywa w sposób zwykły. Cięcie nad lewym więzem Pouparta. Po otwarciu jamy brzusznej pociąga ku górze esicę aż do zniknięcia wypadnięcia odbytnicy i przyszywa ją do przedniej ściany brzusznej. W późniejszych operacjach odbytu sztucznego więcej nie wytwarza. Z małymi zmianami wykonali tę operację Eiselsberg, który przyszywa okrężnicę na przestrzeni 6 do 12 cm. dwoma lub trzema rzędami szwów, przyczem ze strony ściany brzusznej bierze w szew tylko otrzewną, a ze strony kiszki i mięśniówkę; Bogdanik zaś przyszywa oba brzegi otrzewnej ściennej do kiszki tak, iż kiszka przylega do mięśnia i powięzi; zrost wtedy jest mocniejszy. Z innych autorów wykonali operację powyższą Herz, Ewald, który robi cięcie w smudze białej, aby nie przecinać mięśni i nerwów troficznych, i Roller, który podobnie jak Bogdanik przyszywa okrężnicę pozaotrzewnowo. Również pozaotrzewnowo wykonywa operację Rotter z tą różnicą, że okrężnicę przyszywa nie do ściany brzusznej, lecz do talerza kości biodrowej w miejscu wolnem od otrzewnej. Wykonał on operację w ten sposób w 2 przypadkach z dodatnim wynikiem.

Operację wytwórczą dna miednicy w przypadkach wupa-

dnięcia odbytnicy wykonał po raz pierwszy Hoffmann w roku 1905 w myśl swej teorii odnośnie przyczyny wypadnięcia, o czym wyżej wzmiankowałem. Aby zabezpieczyć odbytnicę od wypadnięcia, należy przywrócić — względnie utworzyć — dobrze podpierające dno miednicy. W niewielkim stopniu można

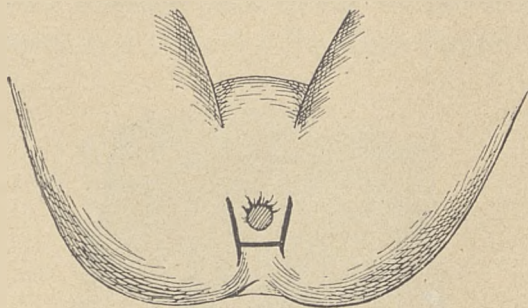


Fig. № 1 (podług Hoffmanna).

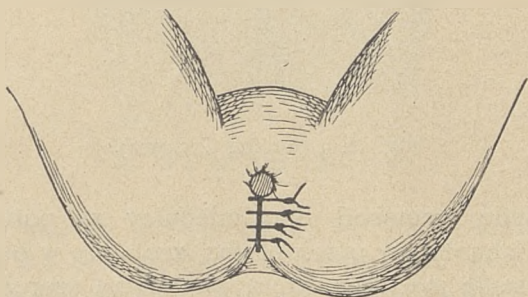


Fig. № 2 (podług Hoffmanna).

je wzmocnić za pomocą mięsienia sposobem Thure-Brandta, w zupełności zaś za pomocą operacji.

Cięcie robi Hoffmann na granicy skóry i błony śluzowej tylnego obwodu odbytu w formie litery H (Fig. № 1), oddziela na tępo odbytnicę na przestrzeni 4 do 5 cm., rozciąga ranę ku przodowi i tyłowi i nakłada piętrowy szew w kierunku poprzecznym, następnie zaszywa skórę drutem (Fig. № 2). Chory

pozostaje w łóżku 3 tygodnie. Wykonał również tę operację Hackenbruch w trzech przypadkach z pomyślnym wynikiem.

Zdarzyć się może, szczególnie u kobiet, że operacji wytwórczej dna miednicy skutecznie nie można, gdyż mięśnie dna tak są rozciągnięte i tak rozchodzą się, że do operacji wytwórczej nie nadają się. Niektórzy więc autorowie zmuszeni byli korzystać z sąsiednich narządów lub tkanek w celu wykonania operacji.

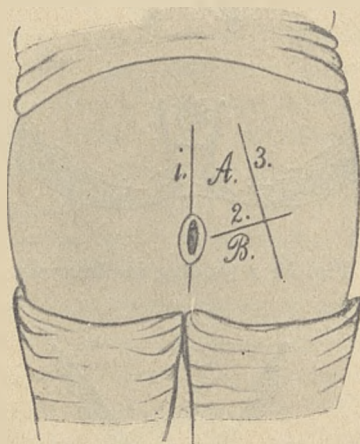


Fig. № 3 (podług Castowa).

Tak Heile wzmocnił dno miednicy za pomocą macicy. W tym celu obnaża on przez otwór, zrobiony w przedniej ścianie pochwy, szyję maciczną, którą przyszywa szeroko do ściany odbytnicy, trzon zaś macicy wszywa w otwór zrobiony w ścianie pochwy; macica przyjmuje położenie poprzeczne. Zakończy operację przedniem i tylnem zwężeniem pochwy. W razie niemożności wykonania operacji plastycznej dna miednicy z powodu dużego zaniku mięśni bardzo dobrze korzystać można z pomysłu Berezniegowskiego, który dla utworzenia nowego mocnego dna miednicy posilkuje się mięśniami pośladkowymi.

Podobny sposób operacji opisuje Castrow, której technika jest następująca (Fig. № 3). Cięcie na linii środkowej (1) długości 7 cm. aż do odbytu, dalej cięcie idzie naokoło odbytu

i na krocze długości 3 do 4 cm., dolny odcinek кишки należy wyosobnić. Drugie (2) cięcie idzie od środka odbytu na prawo prawie pod kątem prostym do brzegu mięśnia pośladkowego wielkiego i po przez mięsień na 2,5 cm. Trzecie (3) cięcie długości jak pierwsze wzdłuż brzegu mięśnia pośladkowego wielkiego. Oba płaty skóry odchylamy ku górze (A) i ku dołowi (B) i obnażamy mięsień pośladkowy wielki. Z brzegu tego mięśnia wycinamy płat (Fig. № 4 M) takiej długości, aby dolny

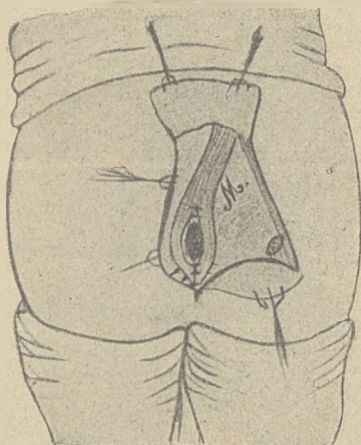


Fig. № 4 (podług Castrowa).

koniec szedł poniżej odbytu na 1,5 do 2 cm.; szerokość płata mięśniowego 2,5 cm., grubość 0,75 cm.; płat przecinamy poprzecznie u dołu. Aby nie wycinać drugiego płata z drugiego mięśnia pośladkowego, rozdzielamy utworzony płat w środku, przeprowadzamy odbytnicę i złączamy brzegi mięśnia 5 szwami, dwoma u góry i trzema u dołu, wolny koniec płata przytwierdzamy do tkanek około leżących. W końcu złączamy brzegi кишки ze skórą i wszystkie brzegi rany zeszywamy na głucho. Operację tę wykonał Castrow 2 razy z dobrym wynikiem.

Do kategorii operacji, mających na celu wzmocnienie poniekąd dna miednicy przez wzmocnienie mięśnia odbytnicy przy jego ujściu oraz zwieracza zewnętrznego, należy operacja, po-

dana przez Rehna-Delorme'a, której opis jest następujący: (Fig. № 5) po należytem przygotowaniu chorego (środek przeczyszczający, ławatywa, przemywanie odbytnicy) chwytamy wypadniętą odbytnicę na samym końcu kleszczykami Kochera (a), i na granicy skóry i śluzówki robimy cięcie koliste na błonie

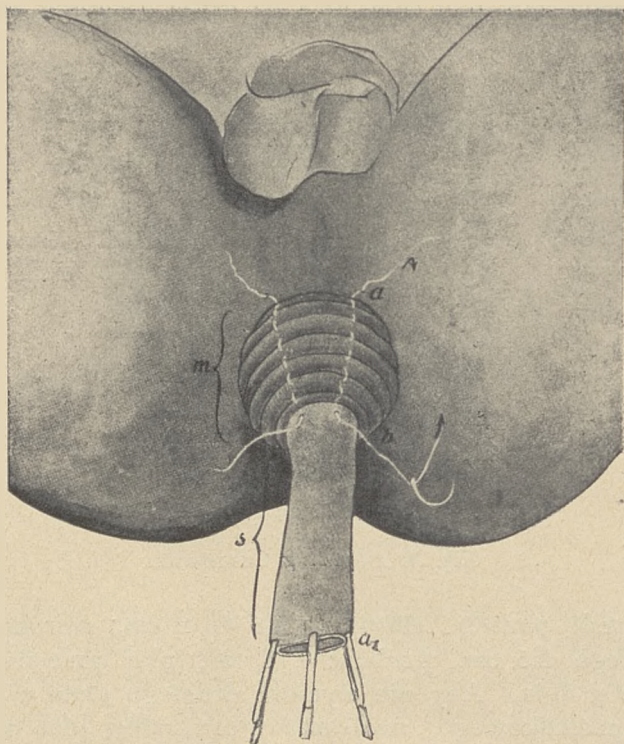


Fig. № 5 (z pracy Bauera).

śluzowej aż do błony mięśniowej; od tego cięcia idąc ku dołowi, oddzielamy nożem całą błonę śluzową aż do wierzchołka wypadnięcia, bacząc, by nie naderwać mięśniówki.

Utworzony w ten sposób cylinder ze śluzówki (s) odcinamy. Następnie całą powierzchnię mięśniówki (m) fałdujemy poprzecznie za pomocą kilku szwów strunowych (ab) i zawią-

zujemy, w końcu zeszywamy skórę odbytu ze śluzówką, pozostałą na wierzchołku po odcięciu wspomnianego cylindra ze śluzówki (Fig. № 6 ab). Tworzy się w ten sposób gruby wał, który wciąga się do światła odbytnicy. Do odbytnicy wprowadzamy gruby sącdek, owinięty gazą wyjałowioną.

Operację powyższą wykonali z pomyslnym wynikiem Bier, Becker, Lenormant i inni. W przypadkach wypadnięcia odbytnicy, przezemnie operowanych, których opis podaję niżej, również posiłkowałem się metodą Rehna-Delorme'a z dodatnim wynikiem.



Fig. № 6 (z pracy Bauera).

Bardzo racjonalną operacją, uwzględniającą bowiem jedną z najważniejszych przyczyn wypadnięcia odbytnicy, jest zniszczenie jamy Douglasa. W głównych zarysach operacja, podana przez Bardenheuera, polega na przyszcyciu pęcherza moczowego do przedniej ściany brzusznej i zeszcyciu przedniego listka otrzewnej jamy Douglas z tylnym (Fig. № 7). Aby w zupełności zamknąć dostęp do jamy Douglasa, Bardenheuer przeprowadza esicę na stronę prawą tak, aby odcinek odprowadzający (jeżeli się tyczy kobiety) leżał po za macicą i jej przydatkami, i zeszywa odcinek doprowadzający (Z) z otrzewną i okostną kości krzyżowej, spojenia chrząstkowego prawego i prawej kości biodrowej, odcinek zaś odprowadzający (A) z tylnym listkiem szerokiego więzła macicznego, tylną otrzewną macicy i lewej kości biodrowej. Dla zabezpieczenia od uwięźnięcia kiszek między odcinkami doprowadzającym i odprowadzającym esicy łączy za pomocą szwów przydatki sieciowe obu odcinków.

Stosownie do okoliczności niektórzy autorowie nieco zmieniają sposób operowania. Wenzel w jednym przypadku ciężkiego wypadnięcia odbytnicy otworzył jamę brzuszną cięciem od pępka do spojenia łonowego. Macicę, będącą w tyłopochyleniu, przymocował za pomocą dwóch szwów srebrnych do przedniej ściany brzusznej powyżej spojenia łonowego. Fałdę Douglasa, znajdującą się bardzo nisko, oddziela od tylnej ścia-

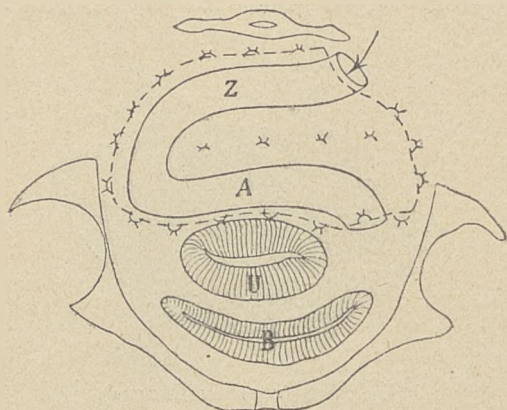


Fig. № 7 (z pracy Bauera).

— — X — — X szew кишки z otrzewną; X X X szew między Z i A.

ny pochwy i macicy oraz przedniej powierzchni odbytnicy na przestrzeni 6 cm. i przyszywa przednią ścianę odbytnicy wolną od otrzewnej do tylnej ściany pochwy i macicy za pomocą dwupiętrowego szwu. Aby zapobiedz zgięciu odbytnicy przymocowuje esicę do otrzewnej przedniej ściany brzusznej. Wynik po tej operacji był pomyślny.

Quënu i Duval zeszywają oba listki otrzewnej jamy Douglasa za pomocą szwu kapciuchowego, a esicę przymocowują u kobiet do prawego więzu macicy, tylnego sklepienia i lewego więzu szerokiego; u mężczyzny zaś do bocznego i tylnego odcinka otrzewnej pęcherza moczowego. Prócz tego obnażają na pewnej przestrzeni mięsień lędźwiowoudowy wielki i przyszywają do niego część ruchomej okrężnicy miednicy (colon pelvinum).

Newman, operując sposobem Bardenheuera, prócz wyleczenia wypadnięcia odbytnicy spostrzegał nadto dodatni wpływ operacyi na ogólne opadnięcie jelit, na jakie chora cierpiała. Jelito cienkie utrzymywało się w położeniu prawidłowem i nie spadało do małej miednicy, tak iż ściana brzuszna po operacyi miała wygląd wypukły, a nie wpadnięty, jak poprzednio.

Metoda operacyjna, którą podaje Napałkow, uwzględnia wszystkie przyczyny, wywołujące wypadnięcie odbytnicy: niszczy jamę Douglasa, wzmacnia mięśniówkę samej odbytnicy, oraz mięśnie dna odbytnicy. Napałkow robi cięcie półkoliste na kroczu powyżej zwieracza, następnie oddziela na tępo przednią powierzchnię odbytnicy; aby nie zranić cewki, wprowadza dla oryentowania się cewnik. Dochodząc do fałdy otrzewnej, wyosabnia ją i podwiązuje jak worek przepuklinowy. Następnie zwięża prostnicę, nakładając kilka szwów poprzecznych. W końcu łączy ze sobą mięśnie krocza. Sposobem tym Napałkow operował 12 przypadków, z tych jeden zakończył się niepomyślnie z powodu zapalenia otrzewnej, Djakonow 2 przypadki, Brajcew 2, Bałaszew 1 i Tichonowicz jeden przypadek. Prócz jednego przypadku śmierci wszystkie zakończyły się pomyślnie.

O ile u dorosłych osób leczenie wypadnięcia odbytnicy może być przeważnie tylko operacyjne, o tyle u dzieci do 10 roku życia daje się ono wyleczyć środkami czysto higienicznymi: mięsieniem, elektryzacją, a przedewszystkiem przez uregulowanie wypróżnienia i podziałanie na wszystkie czynniki, zmuszające dzieci do nadmiernego napięcia ściany brzusznej podczas oddawania stolca.

Sposoby operacyjne, do których jednakże czasami zmuszeni jesteśmy uciekać się, powinny być, naturalnie, jaknajprostsze, wykonanie ich ze względu na wiek dziecka nie powinno trwać zbyt długo. Przytoczę tu tylko w krótkości niektóre sposoby, dające, zdaniem autorów, pomyślne wyniki.

Ekehorn podaje następujący sposób: igłą z nitką obok kości krzyżowej przekłuwa kiszkę prostą i palcem wyprowadza igłę na zewnątrz i znów drogą odwrotną wykluwa igłę obok kości krzyżowej i zawiązuje; w ten sposób przymocowuje odbytnicę do kości.

Sposób Sicka polega na wytamponowaniu przestrzeni poza-

odbytniczej. W tym celu przecina skórę między wierzchołkiem kości ogonowej i zwieraczem zewnętrznym i, dochodząc do odbytnicy, oddziela ją na tępo aż do wzgórka (promontorium) i całą tę przestrzeń wykłada gazą jodoformową lub wioformową, którą usuwa dopiero 8 lub 14 dnia.

Sack używa również sposobu tamponowania, zmienionego przez Rittera. Obnaża on odbytnicę do wzgórka, a w dolnej części na całym obwodzie, i doprowadza naokoło szeroki pas gazy, drugi pas gazy kładzie między odbytnicę i kość krzyżową. Tworzy się w ten sposób po zagojeniu rany rozległa blizna, która utrzymuje odbytnicę w położeniu prawidłowem.

Hoffmann robi poprzeczne cięcie między kością ogonową i otworem odbytowym aż do odbytnicy. Ranę zaszywa wzdłuż. W ten sposób wyleczył dziecko 7 miesięczne, cierpiące na wypadnięcie odbytnicy długości 12 cm. W ten sam sposób wykonał operację Bonne na 2 letniem dziecku z tą różnicą, że brał w szew i zwieracz zewnętrzny. Odbyt wskutek tego zwęża się.

Jak widzimy, sposobów operacyjnych istnieje mnóstwo, i to właśnie jest najlepszym dowodem, że dotychczas jeszcze niema sposobu, któryby zadość czynił wszelkim wymaganiom i dawał wyniki zadowalające.

Nie będę też zastanawiał się nad sposobami operacyjnymi, mającymi już obecnie tylko znaczenie historyczne, i odrazu zaznaczę, że wszelkie sposoby, dążące do zwężenia odbytnicy lub zwieracza zewnętrznego, wykonywane bądź nożem, bądź żegadłem, oraz wszystkie sposoby, polegające na przymocowaniu odbytnicy do kości krzyżowej lub ogonowej za pomocą tej lub owej metody, powinny być zaniechane, gdyż są i nieuzasadnione i nie fizjologiczne, i nie dają trwałych wyników.

Sam miałem nieraz sposobność operowania metodą Thierscha, i przekonałem się, że do celu nie prowadzi. Odbytnica wprawdzie podczas wypróżnienia nie wypada, lecz chorzy doznają wtedy silnego bólu i wypróżnienie odbywa się z trudnością. Może nastąpić względne wyleczenie, jeżeli udaje się pół roku utrzymać drut w normalnem położeniu. Zwykle jednak już wkrótce po operacji tworzą się przetoki, następuje ropienie, końce drutu przekłuwają skórę i wychodzą na zewnątrz;

wszystko to zniewala do usunięcia drutu i następuje nawrót cierpienia. Być może, wyniki będą lepsze, jeżeli w miejsce drutu stosować będziemy inny materiał, o którym wyżej wspomniałem. W każdym razie sposób ten będzie miał zastosowanie w wyjątkowych tylko razach tam, gdzie z jakichkolwiek bądź powodów innego sposobu zastosować nie będzie można, i przeważnie u osobników starych.

Zastanowić się jednakże bliżej wypada nad niektórymi ważniejszymi sposobami, mianowicie: nad wycięciem odbytnicy sposobem Mikulicza, przyszyciem odbytnicy do przedniej ściany brzucha, nad operacją wytwórczą dna miednicy Hoffmanna, zniszczeniem jamy Douglasa i metodą Rehna-Delorme'a.

Wycięcie odbytnicy, operacja bardzo ciężka i niebezpieczna, na pozór najdoszczętniejsza ze wszystkich sposobów, daje około 11% śmiertelności. W przypadkach zaś, kończących się pomyślnie, występują po operacji różne dolegliwości mniej lub więcej ciężkie. W miejscu szwu tworzy się blizna, która tak zwęża światło кишки, że zapobiega wypadnięciu; zwężenie wszakże może być tak znaczne, że doprowadzić może do niedrożności. Z drugiej strony blizna może być tak słaba, że podczas wysiłku może pęknąć, jak to miało miejsce w kilka tygodni po operacji w przypadku Nelatona, operowanym przez Perriera. Blizna pękła i przez otwór wypadła pętla кишки długości 25 cm. Jeżeli do tego dodamy jeszcze, że po tej operacji nierzadko występują nawroty, to samo przez się rozumie się, że będziemy wycinali wypadłą odbytnicę w niektórych tylko przypadkach: w przypadkach uwięźnięcia wypadłej odbytnicy, zgorzeli lub owrzodzeń głębokich warstw.

Przyszycie okrężnicy do przedniej ściany brzucha, aczkolwiek nie należy do tak ciężkich rękoczynów, jak wycięcie sposobem Mikulicza, ani też nie naraża chorego na tak wielkie niebezpieczeństwo z powodu znacznej utraty krwi, jest jednak operacją niepewną — daje około 60% nawrotu — i nieobojętną na dalsze losy chorego; z biegiem bowiem czasu z powodu ciągłych ruchów robaczkowych jelit i silnego działania tłoczni brzusznej, kiszka taka coraz więcej oddala się od miejsca przyszycia, tworzą się błony rzekome, czasami dość długie, które mogą dać powód do uciśnięcia pętli кишки z groźnymi następ-

stwy. Nawet nie zabezpiecza ani od tej ewentualności, ani też od nawrotów przysycie okrężnicy pozaotrzewnowe, jak to nieraz miałem sposobność przekonania się w przypadkach, przemennie spostrzeganych. Do szerokiego więc zastosowania metoda ta nie nadaje się.

Operacja wytwórcza dna miednicy, jak również operacja zniszczenia jamy Douglasa, chociaż obie uwzględniają zmiany anatomopatologiczne, powodujące wypadnięcie odbytnicy, i w zupełności zasługują na uwzględnienie, jednakże nie zawsze dają się skutecznić. Pierwsza z tego względu, że mięśnie dna miednicy nie zawsze znajdują się w takim stanie, że można z nich korzystać, druga zaś jest operacją tak ciężką i powikłaną, że do każdego przypadku zastosowania mieć nie może.

Jest też ona dotychczas bardzo mało rozpowszechniona.

I dla tego, nie będąc zadowolony z wyników, jakie otrzymałem po zastosowaniu sposobu Thierscha, ani też z przysycia okrężnicy do ściany brzusznej w przypadkach wypadnięcia odbytnicy, posiłkowałem się w ostatnich czasach metodą Rehna-Delorme'a i przyszedłem do przekonania, że zasługuje ona w zupełności na rozpowszechnienie.

Operowałem tym sposobem 9 przypadków przeważnie ciężkiego wypadnięcia odbytnicy. Opis tych przypadków podaję niżej.

Przypadek 1.

R. S., 36 letnia kobieta, przybyła do szpitala dnia 3 sierpnia 1908 r., wskazując, że przed 5 laty przed ostatnim porodem zauważyła, że z otworu stolcowego wysuwa się niewielki kawał кишки, zwłaszcza, jeżeli ma ciężkie wypróżnienie. Cierpienie to bezustannie wzmagało się, a część wypadającej odbytnicy powiększała się coraz bardziej. Kiedy z początku wypadnięcie miało miejsce tylko podczas wypróżnienia, w ostatnich czasach odbytnica wypadła podczas oddawania moczu, przy chodzeniu i przy najmniejszym wysiłku.

Zwykle kışkę można było z łatwością wprowadzić, w ostatnich jednak czasach udawało się to z trudnością i nieraz trzeba było dość znacznej siły, by ją rękami wprowadzić. Od dwóch lat chora gubi stolce; czuje potrzebę oddawania stolców, lecz zatrzymać ich nie może.

Chora urodziła 5 razy nie bardzo ciężko. W narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego spostrzegać się nie daje. Otwór stolcowy szeroki, przepuszcza 3 palce; przy badaniu palcem wyczuwa się błonę śluzową

wiotką, innych zbroczeń niema. Przy wydymaniu się odrazu wypada część odbytnicy długości 16 cm.; błona śluzowa gładka, owrzodzeń niema, przy otworze stolcowym błona śluzowa przechodzi odrazu w skórę bez rowka między nimi. Na wierzchołku wypadłej odbytnicy znajduje się otwór dość duży, który prowadzi do kiszki. Odbytnica daje się łatwo wprowadzić.

Dnia 8 sierpnia po należytem i odpowiedniem przygotowaniu chorej wykonałem operację w znieczuleniu lędźwiowem za pomocą stowainy sposobem Rehna-Delorme'a, trzymając się ściśle wskazówek, przez nich podanych i wyżej przytoczonych. Po odjęciu oddzielonej błony śluzowej, sfałdowałem mięśniówkę kiszki za pomocą 6 szwów strunowych, poczem zeszyłem błonę śluzową ze skórą za pomocą ciągłego szwu strunowego. Krwawienie podczas operacji było bardzo obfite, tak iż chora zbladła znacznie i była bardzo osłabiona. Krew sączyła się jak z gąbki, co nadzwyczajnie utrudniało wykonywanie operacji, i z trudnością można było chwycić krwawiące naczynia w celu nakładania przewiązek. Przez pierwsze dni chora moczu nie oddawała, i trzeba było mocz wypuszczać za pomocą cewnika. Chora nie gorączkowała i po kilku dniach stan chorej poprawił się. 8 dnia miała prawidłowe wypróżnienie.

Odbytnica nie wypada. Stolec jest w stanie utrzymywać, czego przed operacją dokonać nie mogła. W dalszym przebiegu pooperacyjnym nic nieprawidłowego spostrzegać się nie dało. Wypróżnienia prawidłowe codziennie. Odbytnica nie wypada po najsilniejszym wydymaniu się. Otwór stolcowy ściągnięty, nieduży. Dnia 23 sierpnia tegoż roku chora w dobrym stanie wypisała się ze szpitala.

Przypadek 2.

A. S., mężczyzna, 43 lata liczący, przybył do szpitala dnia 7 grudnia 1908 r., opowiadając, że przed rokiem był operowany z powodu guzów krwawniczych. W kilka miesięcy po operacji chory zauważył, że podczas wypróżnienia w otworze stolcowym ukazuje się dość duży kawał błony śluzowej kiszki. Po wypróżnieniu część wypadła chowa się znowu. Gdy po pewnym czasie część wypadła kiszki doszła do dość dużych rozmiarów, chory udał się do szpitala w celu poddania się operacji.

Chory dobrze zbudowany. Narządy wewnętrzne nic nieprawidłowego nie wykazują. Przy każdym wypróżnieniu wydziela się z kiszki stolcowej śluz w dużej ilości i wypada odbytnica. Badanie chorego wykazuje: otwór stolcowy szeroki, nieściągnięty. Badanie palcem odbytnicy prócz wiotkiej błony śluzowej nic nie wykazuje. Przy nadymaniu się chorego wypada najpierw błona śluzowa, następnie — wszystkie warstwy odbytnicy długości 7 cm.; błona śluzowa części wypadłej przekrwiona, pokryta śluzem. Na granicy skóry i błony śluzowej widać bliznę okrągłą, dowodzącą, że chory operowany był sposobem Vercesco. Odbytnica wypadła daje się z łatwością wprowadzić. Chory miewa wypróżnienia prawidłowe, stoleców nie gubi.

Dnia 11 grudnia tegoż roku wykonałem operację w uśpieniu chloro-

formowem sposobem Rehna-Delorme'a po należytem przygotowaniu chorego. Po odcięciu błony śluzowej sfaldowałem mięśniówkę odbytnicy za pomocą 6 szwów strunowych i zakończyłem operację, jak poprzednio. Do odbytnicy wprowadziłem sącdek gruby, owinięty gazą wyjałowioną. Krwawienie podczas operacji było również obfite.

Przebieg pooperacyjny nie przedstawia nic szczególnego. Chory nie gorączkował. Wiatry odchodziły przez sącdek już następnego dnia po operacji. Po usunięciu sączka wylało się nieco śluzu z domieszką krwi z odbytnicy. 10-go dnia po operacji chory miał po raz pierwszy wypróżnienie. Przez pewien czas z odbytnicy wydziela się śluz w dość dużej ilości. Po zastosowaniu małych ławatyw z taniny ilość śluzu coraz bardziej zmniejsza się. Chory miewa codziennie wypróżnienia prawidłowe. Odbytnica nie wypada. Przy badaniu palcem wyczuwa się gruby wał na wysokości 2 cm. od otworu stolcowego. Przy nawet bardzo silnem nadymaniu się chorego odbytnica w otworze stolcowym nie pokazuje się. Dnia 16 stycznia 1909 roku chory w dobrym stanie wypisał się ze szpitala. Dnia 14 stycznia 1909 r. chory przedstawiony był w sekcji chirurgicznej Warsz. Tow. Lek.

Przypadek 3.

S. L., 50 lat licząca kobieta, wstąpiła do szpitala dnia 17 maja 1910 r., wskazując, że od kilku miesięcy cierpi na wypadnięcie odbytnicy, które bardzo jej dokucza. Przeważnie odbytnica wypada podczas wypróżnienia. Chora urodziła dwa razy bardzo ciężko. Jako skutki ciężkich porodów pozostały jej pęknięcia krocza drugiego stopnia i wypadnięcie tylnej ściany pochwy. W narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego. Otwór stolcowy rozszerzony, palcem nie wyczuwa się żadnych zmian w odbytnicy. Przy nadymaniu się chorej pokazuje się nazewnątrz otworu stolcowego odbytnica długości 4 cm. Błona śluzowa gładka.

Dnia 28 maja t. r. wykonałem operację w znieczuleniu miejscowem za pomocą 0,5% roztworu nowokainy z dodatkiem kilku kropel roztworu adrenaliny 1 : 1000. Znieczulenie było zupełne. Zastosowałem metodę Rehna-Delorme'a. Po odcięciu błony śluzowej sfaldowałem mięśniówkę wypadłej kiszki za pomocą 5 szwów strunowych. Krwawienie podczas operacji było niewielkie. Przebieg pooperacyjny nic szczególnego nie przedstawia. Chora nie gorączkowała, 5-go dnia po operacji chora miała wypróżnienie. Odbytnica nie wypadła.

W dniu wypisania się chorej ze szpitala dnia 26 czerwca t. r. można było stwierdzić następujący stan chorej: wypróżnienia odbywają się prawidłowo, zwieracz dobrze ściągnięty, kurczy się dobrze. Przy najsilniejszym wydymaniu się chorej nic absolutnie nie wychodzi z otworu stolcowego. Przy badaniu palcem wyczuwa się nie bardzo gruby wał powyżej zwieracza na 2 cm.

Już pierwsze dwa przypadki, operowane sposobem Rehna-Delorme'a, przekonały mnie dostatecznie, że ogromną wadą powyższego sposobu operowania jest ta okoliczność, że podczas oddzielania śluzówki ma miejsce silne krwawienie, dające się z trudnością opanować. Po operacyi pierwszego wyżej opisanego przypadku miałem to wrażenie, że w przypadkach wypadnięcia odbytnicy znacznych rozmiarów sposób ten zastosować się nie da.

Aby zapobiedz takiemu silnemu krwawieniu podczas oddzielania śluzówki, powziąłem myśl operowania bezkrwawo lub możliwie bezkrwawo a to za pomocą ściągnięcia całej wypadłej odbytnicy u jej podstawy rurką gumową, przekonawszy się poprzednio, że między ścianami wypadłej odbytnicy niema żadnej pętli kiszki. Sposób ten zastosowałem już w następnych przypadkach i przekonałem się niebawem, że takie postępowanie znakomicie ułatwia operację. W przypadkach nawet z dużym wypadnięciem operuje się prawie bezkrwawo, a co najważniejsza — można doskonale uchwycić każde naczynie krwionośne i przewiązać. Podwiązywanie naczyń powinno być dokładne i zupełne, w przeciwnym bowiem razie może nastąpić wtórne krwawienie, jak to miało miejsce w jednym z moich niżej opisanych przypadków. Delorme sam nie wspomina o bezkrwawem operowaniu, opisując swój sposób, jakkolwiek zwraca uwagę, że ujemną stroną jego sposobu jest duża utrata krwi i długie trwanie operacyi.

Przypadek 4.

F. S., 55 lat, wstąpiła do szpitala dnia 24 października 1911 r.; opowiada, że już od 4 lat cierpi na wypadnięcie odbytnicy; cierpienie bardzo jej dolega, gdyż odbytnica wypada nie podczas wypróżnienia, lecz i przy chodzeniu tak, że kilka kroków spokojnie zrobić nie jest w stanie.

Stolce gubi bezustannie i to nietylko wolne, lecz i sformowane. 20 lat temu urodziła raz jeden i więcej w ciąży nie była. Wypróżnienia oddawna już są nieprawidłowe, przeważnie cierpiała na rozwolnienie.

Przy badaniu narządów wewnętrznych nic szczególnego nie znajduje się. Przy najlżejszem nadymaniu się wypada odbytnica w kształcie dużej kuli, długości 11,5 cm.; obwód w środkowej części 20 cm.; ku końcowi zwęża się stożkowato. Błona śluzowa niezmieniona, nie krwawi. Otwór

stolcowy bardzo obszerny, przepuszcza 4 palce. Krocze nie zmienione. Badanie palcem nic nie wykazuje. Przy wciąganiu powietrza kiszka sama wraca. Chora uważa, że cierpienie to powstało z powodu dźwigania ciężarów. Chora błąda, mocno wycieńczona.

Dnia 8 listopada t. r. w znieczuleniu miejscowem, jak w poprzednim przypadku, wykonałem operację sposobem Rehna-Delorme'a, obciągnąwszy wypadłą kışkę rurką elastyczną u podstawy, gdy poprzednio przekonałem się, że między ścianami części wypadłej odbytnicy kışzek niema. Po odcięciu błony śluzowej sfałdowałem mięśniówkę za pomocą 6 szwów strunowych i złączyłem pozostałą błonę śluzową kışki ze skórą, względnie z wązkim paskiem błony śluzowej poniżej rurki za pomocą ciągłego szwu strunowego. Krwawienia nie było; naczynia widoczne przewiązałem. Do kışki wprowadziłem pas gazy wyjałowionej.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Po 8 dniach chora miała wypróżnienie. Odbytnica nie wypada. Dnia 21 listopada t. r. chora wypisana ze szpitala z następującym wynikiem: badanie palcem wykazuje wał dość gruby, gładki, niebolesny. Wypróżnienia bywają prawidłowe; stolców chora nie gubi. Przy bardzo silnem nadymaniu się na zewnątrz nic nie ukazuje się. Zwieracz zewnętrzny dobrze ściągnięty; przy wprowadzeniu palca stawia niejaki opór.

Widziałem chorą dnia 30 kwietnia 1912 roku. Chora czuje się dobrze; opowiada, że podczas wypróżnienia odbytnica nie wypada wcale. Wypróżnienia miewa prawidłowe. Przy bardzo silnem nadymaniu się zauważyć mogłem zaledwie wązki rąbek błony śluzowej na zewnątrz otworu stolcowego.

Przypadek 5.

A. R., mężczyzna, 40 lat, przybył do szpitala dnia 4 lutego 1913 r. Chory opowiada, że od dwóch lat cierpi na wypadnięcie kışki prostej, które powstało prawdopodobnie wskutek choroby kışek, datującej już od bardzo dawna. Chory błądy. W narządach wewnętrznych nic szczególnego. Przy nadymaniu się chorego wypada odbytnica długości 7 cm., obwód 18 cm. Błona śluzowa gładka, sina, owrzodzeń niema, natomiast widać bardzo rozwinięte i rozszerzone żyły. Badanie palcem nic nie wykrywa. Otwór stolcowy mocno rozszerzony. Wypadła odbytnica łatwo daje się wprawić.

Dnia 14 lutego t. r. w znieczuleniu miejscowem wykonałem operację, ściągnąwszy wypadłą odbytnicę rurką elastyczną. Po odcięciu błony śluzowej i sfałdowaniu mięśniówki za pomocą 6 szwów strunowych, zdjąłem rurkę elastyczną jeszcze przed złączeniem błony śluzowej kışki ze skórą. Pojawiło się obfite krwawienie z różnych miejsc: nałożyłem szereg przewiązek na krwawiące naczynia, jednakże krwawiło jeszcze dość mocno z miejsc, których ująć pincetem nie zawsze udawało się. Krwawienie dopiero ustało po nałożeniu szwu ciągłego strunowego na błonę śluzową i skórę.

Przebieg pooperacyjny przez pierwsze kilka dni prawidłowy, tylko mocz trzeba było wypuścić za pomocą cewnika. Dopiero w tydzień po operacji pojawiło się dość obfite krwawienie żyłne, które po wprowadzeniu gazy wyjałowionej do kiszki ustało. Dalszy przebieg prawidłowy. Chory oddaje mocz sam, wypróżnienie prawidłowe. Odbytnica nie wypada.

Dnia 1 marca t. r. chory wypisał się ze szpitala. Stwierdzono: odbytnica nie wypada nawet przy bardzo silnem nadymaniu się, zwieracz zewnętrzny dobrze skurczony. Wypróżnienia prawidłowe.

Jedyny to przypadek, w którym wystąpiło dość obfite krwawienie podczas operacji. Niemalże przyczyniły się do tego bardzo rozwinięte i rozszerzone żyły kiszki, co dało się stwierdzić jeszcze przed operacją. Krwawienie wystąpiło po usunięciu rurki przed złączeniem błony śluzowej ze skórą; prawdopodobnie możnaby było uniknąć krwawienia, gdyby wzmiankowane zeszyście miało miejsce przed zdjęciem rurki.

Przypadek 6.

G. L., kobieta 65 lat, wstąpiła do szpitala 31 grudnia 1911 r. Od 4 lat cierpi na wypadnięcie odbytnicy; wypróżnienia czasem bywają z krwią. Chora wątłej budowy ciała; miernie odżywniona. Kilka lat temu została sparaliżowana, obecnie pociąga prawą kończyną podczas chodzenia, mowa niewyraźna. Przy nadymaniu się wypada odbytnica długości 12 cm., obwodu 27 cm. Błona śluzowa sina, żyły widoczne rozszerzone, nieowrzodzone. Zwieracz zewnętrzny bardzo rozluźniony, otwór stolcowy szeroki, przepuszcza 3 palce. Wypadła kiszka prosta daje się łatwo wprawić.

Dnia 12 stycznia 1912 roku wykonałem operację w znieczuleniu miejscowem sposobem — jak poprzedni. Podczas operacji żadnego krwawienia nie było. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Po kilku dniach chora miała wypróżnienia prawidłowe. Odbytnica nie wypada.

Dnia 1 lutego badanie chorej dało wynik dobry. Podczas wypróżnienia odbytnica nie wypada, również nie wypada przy bardzo silnem nadymaniu się. Badanie palcem wykazuje gruby wał niebolesny na wysokości 4 cm. powyżej zwieracza zewnętrznego. Zwieracz zewnętrzny dobrze skurczony, przepuszcza 2 palce.

Dnia 11 lutego chora wypisała się ze szpitala.

Po roku chora wróciła do szpitala z powodu nawrotu. Wykonana operacja plastyczna dna miednicy nie doprowadziła do celu. Prawdopodobnie zanik mięśnia dna miednicy u chorej sparaliżowanej był przyczyną i nawrotu, i niepowodzenia operacji wytwórczej.

Przypadek 7.

O. F., mężczyzna 22 lat, przybył do szpitala dnia 10 stycznia 1912 r. Cierpi na wypadnięcie odbytnicy od 2 lat z przyczyny niewiadomej. Odbytnica wypada podczas każdego wypróżnienia. W narządach wewnętrznych

nic nienormalnego. Przy nadymaniu się kiszka prosta wypada; długość części wypadłej 13 cm., obwód 24 cm. Błona śluzowa mocno sfałdowana, koloru sinawego, nieowrzożona. Zwieracz zewnętrzny bardzo rozluźniony, przepuszcza 3 palce. Badanie odbytnicy palcem nic nie wykrywa.

Dnia 24 stycznia t. r. wykonałem operację w znieczuleniu miejscowym, jak w przypadkach wyżej opisanych. Wypadłą odbytnicę ściągnąłem u podstawy rurką elastyczną. Krwawienie było minimalne; naczynia widoczne przewiązałem. Przez kilka dni następnych mocz trzeba było wypuszczać za pomocą cewnika. 7-go dnia po operacji było wypróżnienie, odbytnica nie wypadła. Dalszy przebieg pooperacyjny prawidłowy.

Badanie odbytnicy na 3 dni przed wypisaniem chorego ze szpitala wykazało: na 2 cm. powyżej zwieracza wyczuwa się wał, pokryty błoną śluzową; przy silnem nawet nadymaniu się odbytnica nie wypada. Zwieracz zewnętrzny dobrze skurczony. Dnia 11 lutego 1912 r. chory wypisany ze szpitala w dobrym stanie.

Przypadek 8.

W. R., 55 letnia kobieta, wstąpiła do szpitala dnia 9 stycznia 1913 r. Chora od 3 lat cierpi na wypadnięcie odbytnicy. Odbytnica wypada przy najmniejszym ruchu; wprawić odbytnicę nie łatwo i natychmiast wypada tak, iż prawie zawsze znajduje się na zewnątrz. Długość części wypadłej 17 cm., obwód 30 cm. Błona śluzowa obrzękła, gdzie niegdzie powierzchowne owrzożenie. Zwieracz zewnętrzny bardzo rozszerzony, przepuszcza 4 palce. Badanie palcem nic nie wykrywa. W narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego. O przyczynie cierpienia chora nie powiedzieć nie może.

Dnia 31 stycznia 1913 r. wykonałem operację w znieczuleniu miejscowym sposobem Rehna-Delorme'a, ściągnawszy poprzednio odbytnicę rurką elastyczną, przekonawszy się, że między ścianami kiszek niema. Po odcięciu błony śluzowej sfałdowałem mięśniówkę 6 szwami strunowymi i zakończyłem operację, jak zwykle. Krwawienie było bardzo nieznaczne. Do odbytnicy wprowadziłem sącdek, owinięty gazą wyjąłową. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Chora miewa wypróżnienia prawidłowe, od czasu do czasu wolne, odbytnica nie wypada.

Dnia 20 lutego przy badaniu chorej zauważyłem, że przy nadymaniu się dość silnem z otworu stolcowego wypada błona śluzowa nieznacznej wielkości. Gdy wypadnięcie błony śluzowej powiększało się coraz bardziej, szczególnie podczas wypróżnienia, wykonałem dnia 26 marca operację wytwórczą dna miednicy sposobem Hoffmanna, wyżej podanym. 7-go dnia usunąłem szwy i rana w większej części zagojona była przez rychłozrost. Stan chorej dobry; wypróżnienia prawidłowe, z obwodu stolcowego podczas silnego nawet wydymania się nie wypada.

Badając chorą w 4 tygodnie po operacji plastycznej dna miednicy stwierdziłem: zwieracz zewnętrzny dobrze ściągnięty, badanie zaś palcem

wykazuje silne zwężenie odbytnicy na wysokości 4 cm. od obwodu stolcowego; przez otwór zwężony zaledwie przechodzi wskaziciel. Chora skarży się na bóle w brzuchu i na trudność oddawania stolca. Zaleciłem metodyczne rozszerzanie odbytnicy za pomocą świeczek metalowych. Po kilkotygodniowym stosowaniu świeczek odbytnica znacznie rozszerzyła się i chora czuła się dobrze.

Dnia 15 maja chora wypisana została ze szpitala i stwierdziłem wtedy: stan ogólny chorej dobry, miewa wypróżnienia prawidłowe; zwężenie znacznie rozszerzyło się, przepuszcza 2 palce. Przy najsilniejszym nadymaniu się w otworze stolcowym nic nie pokazuje się.

Dnia 9 maja 1913 roku chorą przedstawiłem w sekcji chirurgicznej Tow. Lek. Warsz.

Przypadek 9.

S. B., 54 letnia kobieta, przybyła do szpitala dnia 31 lipca 1913 roku. Cierpi już oddawna na wypadnięcie odbytnicy. 4 lata temu była operowana metodą Thierscha. W 6 miesięcy później nastąpił nawrót. Z początku wypadła nieznaczna część odbytnicy, następnie coraz więcej, wypadła głównie podczas wypróżnienia. Od czasu do czasu miewa wypróżnienia z domieszką krwi. Przy nieznacznem nadymaniu się kiszka wypada na przestrzeni 12 cm., obwód 24 cm. Błona śluzowa gładka, owrzodzeń niema. Zwieracz zewnętrzny szeroki; badanie palcem nic w odbytnicy nie wykrywa. W narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego.

Dnia 22 sierpnia wykonałem operację Rehna-Delorme'a w znieczuleniu miejscowem, jak w przypadkach poprzednich. Krwawienia podczas operacji prawie nie było, na naczynia widoczne nałożyłem przewiązki w niedużej liczbie. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Wypróżnienia prawidłowe, od czasu do czasu rozwolnienie. Przy badaniu odbytnicy palcem dnia 9 września wyczuwa się wał dość gruby na wysokości około 4 cm. powyżej zwieracza. Otwór swobodnie przepuszcza dwa palce.

Ponieważ przy silnem nadymaniu się chorej w otworze stolcowym pokazała się błona śluzowa i z każdym dniem coraz więcej, wykonałem dnia 16 września operację plastyczną dna miednicy.

Z powodu rozwolnienia, które wystąpiło po kilku dniach, trudno było ranę utrzymać w należytej czystości i dla tego rana skóry nieco rozeszła się po zdjęciu szwów. Obecnie goi się dobrze. Odbytnica nie wypada. Chora jeszcze znajduje się w szpitalu.

* * *

Operowałem tedy sposobem Rehna-Delorme'a 9 przypadków — 3 mężczyzn i 6 kobiet; najstarszy osobnik miał 65 lat, najmłodszy 22 lata.

Długość wypadniętej części odbytnicy wynosiła cm.: 16,

7, 4, długość 11,5 cm., obwód 20, długość 7 — obwód 18, długość 12 — obwód 27, długość 13 — obwód 24, długość 17 — obwód 30, długość 12 — obwód 24.

Jeden przypadek był operowany w znieczuleniu lędźwiowym za pomocą stowainy, jeden w znieczuleniu chloroformowym, wszystkie zaś inne w znieczuleniu miejscowym za pomocą 0,5% roztworu nowokainy z dodatkiem adrenaliny. Wstrzykiwałem zwykle 30 do 40 cm. sz. Znieczulenie było zupełne, chorzy żadnego bólu nie odczuwali i zupełnie spokojnie zachowywali się podczas całej operacji.

Przebieg pooperacyjny wogóle był pomyślny. Kilka dni po operacji chorzy zwykle sami moczu oddawać nie mogli, tak iż trzeba było wypuszczać go za pomocą cewnika; trwało to zwykle do pierwszego opróżnienia, które nastąpiło między 4 i 8 dniem.

W niektórych przypadkach zauważyć można było nieznaczne krwawienie, które wymagało wprowadzenia paska gazy do odbytnicy. Raz jeden spostrzegłem dość obfite krwawienie następcze, które powtarzało się kilka dni z rzędu. Przypadek ten zakończył się pomyślnie.

Wynik po operacji wogóle był dodatni. Ze wszystkich przypadków w jednym nastąpił nawrót po roku. U innych chorych, z pomiędzy których kilku spostrzegłem przez kilka miesięcy, nawrotu nie było.

W dwóch przypadkach, dotyczących 55 letn. i 54 letn. kobiety z wypadnięciem odbytnicy długości 17 cm. i 12 cm., po kilku tygodniach przy silnym nadymaniu się pokazała się w odbycie nieduża część kiszki, a ponieważ odbył był dość szeroki, a zwieracz zewnętrzny dość wiotki, wykonałem plastyczną operację dna miednicy sposobem Hoffmanna. U jednej z tych chorych w kilka tygodni stwierdziłem znaczne zwężenie odbytnicy na wysokości 5 cm. powyżej otworu stolcowego. Metodyczne rozszerzanie odbytnicy za pomocą świeczek dało wynik pomyślny.

W dniu wypisania chorych ze szpitala mogłem stwierdzić: opróżnienie odbywa się prawidłowo, przy bardzo nawet silnym wydymaniu się kiszka prosta w otworze stolcowym nie pokazuje się, zwieracz zewnętrzny dobrze ściągnięty; za pomo-

cę palca wyczuwa się na wysokości 4 do 5 cm. wał gruby, powstały ze sfałdowania mięśniówki po oddzieleniu błony śluzowej.

Z danych więc z piśmiennictwa i z własnego doświadczenia mogą wnioskować, że w bardzo wielu przypadkach, szczególnie lekkich, z niewielkim wypadnięciem odbytnicy, najodpowiedniejszym sposobem operacyjnym jest sposób Rehna-Delorme'a i można go stosować bez względu na przyczynę, jaka wywołała wypadnięcie. Jest to sposób prosty, nie niebezpieczny, o ile daje się wykonać możliwie bezkrwawo, dający — jak dotychczas — najmniej nawrotów. W przypadkach zaś ciężkich ze znacznym wypadnięciem należy uwzględnić i moment chorobowy, i moment przyczynowy, t. j. należy wykonać dwie operacje: zastosować sposób Delorme'a i w następstwie wykonać plastykę dna miednicy, jak to zrobiłem w dwóch moich przypadkach. Ponieważ operacja trwa dość długo, trudno jest obie operacje wykonać na jednym posiedzeniu. Można więc drugą operację wykonać po kilku nawet tygodniach, a przez ten czas chorego można obserwować i wywnioskować, czy istnieje skłonność do nawrotu.

PIŚMIENICTWO.

1. Ludloff. Zur Pathogenese u. Therapie des Mastdarmvorfalls. (Bericht über die Verhandlung der deutsch. Gesellsch. Cent. f. Chirur. 1889. Str. 125).
2. Czerny. Zur Behandlung der Fissur und der Vorfalls des Mastdarms. (Beitr. z. Klin. Chir., T. 37, str. 765).
3. Henschen. Ueber den Ersatz des Thierschschon Drahringes bei der Operation des Mastdarmvorfalls durch geflochtene Seidenriemen etc. etc. (Münch. med. Wochenschr. 1912. № 3).
4. Brun. Zur Technik der operativen Heilung grosser Bauchbrüche und Mastdarmprolapse. (Beitr. z. Klin. Chirur. 1912. T. 77, str. 257).
5. Ludloff. Weitere Beiträge zur Pathogenese und Therapie des Rectumprolapses (Arch. Langenb. 1900. T. 60).

6. Bircher. Ein Beitrag zur Operation des Prolapsus ani et recti. (Centr. für Chirur. 1909. № 45, str. 1529).
7. Sachański. K wyboru sposobu chirurgiczeskago leczenia obszirných wypadenij priamoj kiszki. (Chirurgia 1909. № 148).
8. Mikulicz. Wgłobienie i wypadnięcie (invaginatio et prolapsus) jelita grubego przez kiszkę stolcową. (Gaz. Lek. 1883. № 47, str. 901).
9. Matlakowski. Wycięcie odbytnicy przy jej wypadnięciu oraz rzadki przypadek brodawczaka (papilloma). (Gaz. Lek. 1887. № 28, str. 619).
10. Krajewski. Operacyjne leczenie wypadnięcia odbytnicy. (Przeegl. Chirurg. 1900. T. IV, zesz 3).
11. Dembowski. Zur Amputation des Mastdarmvorfalls. (Centr. f. Chirurg. 1899. № 39, str. 1059).
12. Bogdański. O rezekcyi odbytnicy w razie wypadnięcia tejże. (1 Zjazd chirurgów polskich. 1900. str. 210).
13. Bogdański. O leczeniu operacyjnem wypadniętej odbytnicy. (Przeegl. Chirurg. 1894. T. 2, zesz. 1).
14. Quénu et Duval. Technique de la colopexie pour prolapsus du rectum. (Revue de Chir. an. 30. 1910).
15. Herz. Prolapsus ani et recti. (Deut. med. Wochenschr. 1912. № 14, str. 651).
16. Pachmo. Ueber Dauerresultate der Colopexie bei hochgradigem Rectumprolaps. (Beitr. z. Klin. Chir. 1905. T. 45, str. 300).
17. Hoffmann. Zur Pathologie des Prolapsus ani et recti und seine operative Behandlung durch Beckenbodenplastik. (Centr. f. Chirurg. 1905. № 35, str. 905).
18. Hackenbruch. Zur dauernden Beseitigung des Mastdarmvorfalles mittelst Beckenbodenplastik. (Münch. med. Wochenschr. 1911. № 20).
19. Heile. Ueber Behandlung des Mastdarmvorfalles. (Deutsche medic. Wochenschr. 1912. № 13, str. 601).
20. Castrow. Peresadka łoskuta bolszoi jagodicznoj myszcy pri wypadenii priamoj kiszki. (Chirurgia. 1911. № 169).
21. Delorme. Sur le traitement des grands prolapsus rectaux par l'excision de la muqueuse rectale ou rectocolique. (Bull. de l'acad. de med. de Paris. T. 43, № 19).
22. Bauer. Eine neue konservatiwe Behandlungsmetode des Mastdarmvorfalls. (ref. w Cen. f. Chir. 1911).
23. Wenzel. Zur Pathogenese und Radicaloperation der grossen Mastdarmvorfalle. (Deut. Zeitschr. f. Chirur. 1905. T. 76, str. 19).
24. Bałaszew. K kazuistieke operacii po sposobu Napałkowa pri bolszom wypadenii priamoj kiszki. (Chirurgia. 1909. № 148).
25. Tichonowicz. K kazuist. operac. po sposobu Napałkowa pri wypadenii priamoj kiszki. (Chirurgia. 1913. № 197).
26. Mirotworcew. Poworot priamoj kiszki, kak odin iz metodow leczenia jeja wypadenij. (Chirurgia. 1911. № 172, str. 146).
27. Sick. Heilung des Rectumprolapses durch Tamponade. (Centr. f. Chirur. 1909. № 36).

28. Sack. Die operative Behandlung des Mastdarmvorfalls bei Kindern. (ref. w Centr. f. Chir. 1911. № 47).
 29. Lenormant. Le prolapsus du rectum, causes et traitement operatoire. (ref. Centr. f. Chir. 1904. № 9).
 30. Bonne. Prolapsus du rectum. (ref. Centr. f. Chir. 1905. № 45).
 31. Rotter. (Ueber die Pathogenese und operative Behandlung des Prolapsus recti. (Centr. f. Chirur. 1908. № 17, str. 541).
 32. Eiselsberg. Zur operativen Behandlung grosser Mastdarmprolapse. (Centr. f. Chirur. 1902. № 26).
-

STRESZCZENIA.

I. CHIRURGIA.

E. Guttman. *O promienicy ślinianek ze szczególnem uwzględnieniem gruczołów podszczękowego i podjęzykowego.*

Na promienicę ślinianek zwrócono uwagę niedawno; dopiero w ostatnich czasach zostały opisane przypadki promienicy ślinianek, zbadane histologicznie.

Do ślinianek grzybki promienicy dostają się przez usta, jak to zresztą bywa w $\frac{4}{5}$ przypadków promienicy, spotykanej u ludzi. W zepsutych zębach Israel pierwszy je znalazł, z tegoż samego miejsca Silberschmidt pierwszy je wyhodował. Do ust też najłatwiej dostają się grzybki, gdyż je wprowadzamy sami wraz z ciałami obcemi pochodzenia roślinnego, jako to ze źdźbłem zboża, strąkami i t. p.

Najprostszą drogą dostania się grzybka z jamy ustnej do ślinianek są przewody tych gruczołów. Ze droga ta jest możliwa do przebycia dla grzybka, dowodzą spostrzeżenia, gdzie owe źdźbła roślinne znajdowano w przewodach Stenona i Warzona, w trąbce Eustachiusza, w przewodzie łzowym; również—prace Goldmanna i W. Müllera, które dowodzą, że ciała obce mogą dostawać się do kanałów i posuwać się w nich przeciw prądowi, np. w drogach żółciowych, moczowych, w przewodach gruczołów.

Według Müllera, grzybek promienicy dostaje się do ślinianki i inną drogą, mianowicie—ciało obce wraz z grzybkim może przejść przez śluzówkę jamy ustnej, dojść obok przewodu do gruczołu, przebić jego otoczkę i wdążyć w gruczoł.

Na zasadzie powyższego można powiedzieć, że pierwotna i odosobniona promienica ślinianek jest zupełnie możliwa, dowieść jednak tego jest zazwyczaj bardzo trudno, gdyż rozpoznać promienicę w tak wczesnym okresie można tylko przy-

padkowo; na przykład, Müller i Brüning, przepłukując przewody ślinianek na skutek ich nieżyty, znajdowali w wypłuczynach grzybki promienicy. Zwykle wszakże promienica ślinianek bywa wtórna i przechodzi na gruczoły z okolicznych tkanek; najczęściej sprawa promienicza zaczyna się na brzegu zębodołu, przechodzi na dziąsło i stąd—na okolicę przyusznicową lub podszczękową; rozszerzając się, przechodzi wreszcie i na ślinianki. Zakażenie wtórne możliwe jest także za pośrednictwem naczyń chłonnych oraz drogą krwionośną.

Ślinianka zajęta bywa promienicą w postaci rozlanej; mianowicie, znajdujemy zwyrodnienie łącznotkankowe z wytworzeniem się ognisk martwicowych w mięszsu, albo też w postaci ograniczonych ognisk z zachowaniem większej lub mniejszej części tkanki mięszsowej gruczołu.

Rozpoznanie promienicy ślinianek nie zawsze jest łatwe. Możemy o niej myśleć, gdy znajdziemy w okolicy ślinianki twarde niebolesny guz, na którym widać miejsca zaczerwienione, chełbocące, albo otwory przetok o nierównych brzegach, prowadzące do jamy, wypełnionej ziarniną. W różniczkowaniu należy pamiętać o gruźlicy, przymiocie i nowotworach złośliwych ślinianek.

Rokowanie w promienicy ślinianek pierwotnej naogół jest pomyślne, we wtórnej — zależy od rozległości sprawy pierwotnej.

W promienicy ślinianek najczęściej bywa stosowane przecięcie, wyskrobanie mas ziarninowych ostrą łyżeczką i sączkowanie gazą jodoformową. Zalecają też całkowite wyłuszczenie gruczołu. Inni radzą wstrzykiwanie w okolicę gruczołu płynów przeciwnilnych: Illich — $\frac{1}{4}\%$ roztworu sublimatu w ilości 4—5 szprycy dziennie, Izrael — jodiny, Poncet — 1—2 $\%$ jodku potasu 2 razy tygodniowo po 1—2 szprycy, Barącz — 25 $\%$ lapisu. Wewnętrznie podają jodek potasu w ilości 2—6 gramów dziennie; otrzymano pomyślne wyniki i od arszeniku, stosowanego w postaci podskórnych wstrzykiwań kakodylanu sodu.

Zapobiegać promienicy należy na drodze pielęgnowania jamy ust, a więc — za pomocą usuwania zepsutych zębów, płukania ust, starannego leczenia chorych dziąseł.

Po tych uwagach ogólnych Guttmann podaje opis 12 tu przypadków pierwotnej promienicy ślinianek, z których 11 zebrał z piśmiennictwa, 12-ty — spostrzegął sam. Na zasadzie tych 12-tu przypadków robi on następujące wnioski.

1. Zdarza się pierwotna i odosobniona promienica ślinianki przyusznej, lecz częściej ślinianka ta choruje wtórnie.

2. Zdarza się pierwotna i odosobniona promienica ślinianki podszczękowej.

3. Pierwotne zakażenie ślinianek następuje drogą prze-

wodu, przyczem ten ostatni może nie przedstawiać żadnych zmian chorobowych.

4. Jeżeli zarazek dostaje się do okolicy podszczękowej nie przez przewód ślinowy, ślinianki rzadko bywają wciągnięte w sprawę chorobową, gdyż mocna otoczka gruczołu utrudnia bardzo dostanie się zarazka wgłąb, odczyn zaś ślinianki polega na bujaniu tkanki łącznej międzyczrząkowej i międzygronowej.

5. Ostatni wniosek odnosi się prawdopodobnie i do gruczołu podjęzykowego, chociaż nie mamy żadnego pewnego spostrzeżenia o promienicy tej ślinianki tak pierwotnej, jak i wtórnej.

(Sammlung klin. Vorträge. № 186).

A. AMBROŻEWICZ.

Denker. *Szybkie otworzenie krtani w przypadkach bardzo groźnego duszenia się.*

D. zachęca w przypadkach bardzo gwałtownych wchodzić do krtani przez ligamentum conoideum, t. j. pomiędzy dolnym brzegiem chrząstki tarczycowej a górnym obrączkowej.

Podał ją pierwszy Botey z Barcelony jako t. zw. intercriothyreotomia. D. zajął się szczegółowo tą sprawą; poczynił studia na zwłokach i wynikiem tego jest podanie odpowiedniego instrumentarium, składającego się z 4 nożyków obosiecznych i 4 trójgrańców, spełniających zarazem rolę kaniuli, a dopasowanych odpowiednio do wieku pacjenta (№ 0 do roku, № 1 do 12 roku, № 3 dla kobiet, № 4 dla mężczyzn).

Sposób operacji: podkłada się wałek pod kark chorego i przegina szyję silnie ku tyłowi. Palcami lewej ręki wyczuwa się granice obu chrząstek i wbija odpowiedni nożyk poprzecznie tuż nad granicą górną chrząstki obrączkowej, przez co otwiera się światło i potem łatwo wprowadzić rurkę, będącą składową częścią trójgrańca, a raczej mandrynu.

Badania D. wykazały, że zabieg ten nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw, daje się wykonać łatwo i szybko. Wskazaniami są wszelkie duszenia się, w których nie będzie potrzeba na długo zatrzymać kaniuli, a więc np. przy ciałach obcych, wśród operacji wola, lub innych operacji szyi, przy duszeniach się i braku oddechu przy uśpieniu, obrzmieniach po tracheoskopiach i t. p.

(Medizin. Klinik. № 1. 1913).

A. KLĘSK.

Leede. *Tracheotomia inferior z małego poprzecznego cięcia w błonicy i leczenie następowe po niej.*

Przed dwoma laty zalecił Frank tracheotomiam transversam super. Zalety jej są: jasna topografia, oszczędzanie naczyń bez usuwania isthmus, dalej—zianie samej tchawicy po nacięciu tak, że właściwie do operacji tylko nóż jest potrzebny. Także gojenie odbywać się ma idealnie, bo okrągłość tchawicy pozostaje, a blizna skórna jest mało widoczna. Natomiast autor na mocy swego obfitego doświadczenia zaleca po pierwsze otwarcie dolne i to z możliwie małego cięcia skórniego, by potem gojenie się szło szybko i bez śladu zewnętrznego. Natomiast L. nie jest za poprzecznem cięciem tchawicy. Bardzo często przy niepokoju pacyenta cięcie to wypada skośnie, a w takim razie przychodzi jeszcze nieraz do gorszej zgorzeli chrząstki, niż po cięciu podłużnem. Brzegi rany tchawicy i tak zieją jeszcze za mało, by można kaniulę bez instrumentów wprowadzić, a nóż łatwo przy cięciu poprzecznem może uszkodzić naczynia sąsiednie. Także potem zmienianie kaniuli po cięciu poprzecznem połączone jest z zadzieraniem tchawicy a i zupełne przewranie kikuta błoniastego nie jest wyłączone. Z tego też powodu zaleca Leede wykonywać cięcie tchawicy dolne z małego poprzecznego cięcia skóry, tchawicę zaś nacinać podłużnie.

(*Münch. med. Woch. № 23. 1912.*)

A. KLĘSK.

Baer. *O pozaopłucnowej pneumolizie z natychmiastowem plombowaniem w gruźlicy płuc.*

Zamiast zwężania klatki piersiowej za pomocą operacji żebrowej, można nieraz osiągnąć w odpowiednich przypadkach efekt drogą pozaopłucnowego odsunięcia płuca z opłucną od klatki piersiowej i wypełnienia otrzymanej przestrzeni celem ucisku plombą z jałowego nie ulegającego wessaniu materiału. Sposób ten ma wiele zalet, i tak po pierwsze jest zabiegiem niewielkim, dającym się wykonać w znieczuleniu miejscowem, dalej — nie wywołuje zniekształcenia, działa szybko, wystarczy jedna operacja i działa wprost na miejsce chore. Technika bardzo łatwa, o ile niema zgrubień opłucnej lub silniejszych zrostów, bo opłucną daje się odsunąć bardzo łatwo palcem. Sposób ten unieruchomia na pewno miejsce chore i nie jest groźny dla serca i drugiego płuca, tak jak operacye kostne. Nadaje się zwłaszcza dla spraw, umieszczonych w górnych połowach płuc z tendencją do kurczenia się, przyczem sprawa obustronna nie jest przeciwwskazaniem. W razie gdy kawerna ma ścianę bardzo cienką, tak że zachodzi obawa, że ściana

mogłaby uleźć odleżynie, zamiast plomby na razie stosuje się tamponadę. Kawerna po ew. otworzeniu się goi się szybko i dobrze granuluje, a tylko z początku występują objawy odczynu.

Do plomby używa B. mieszaniny 75 cm.³ parafiny topliwej przy 58° z 25 cm.³ parafiny o 50° topl. z dodatkiem 1 grm. bismutum carbonicum i $\frac{5}{100}$ grm. wioformu; mieszaninę tę wyjaławia się przez dwa dni po godzinie.

Wogóle plomba zagaja się zupełnie dobrze i jałowo, wynik operacji jest dobry, niema obawy aspiracji, odpluwanie pozostaje swobodne i niebolesne. Tuffier w ropniach płuc a ostatnio w gruźlicy stosuje znów plomby z tkanki tłuszczowej, konserwowanej w lodzie. Plomba ta jednak za szybko ulega wessaniu.

(*Münch. med. Woch. № 29, 1913*).

A. KLĘSK.

Jessen. O pneumolizie.

Leczenie gruźlicy płuc uciskiem znalazło już szerokie zastosowanie. Nie zawsze można wytworzyć odmę piersiową, bo przeszkadzają zrosty. Wtedy polecają stosować torakoplastykę. Jest to jednak już zabieg duży, wymagający sił od chorego i nie pozbawiony niebezpieczeństw, a także sprawa obustronna jest przeciwwskazaniem do operacji.

Polecona przez Stuertza i Sauerbrucha frenikotomia nadaje się znów głównie do procesów w odcinkach dolnych płuc i jako moment, wspomagający inne leczenie.

Baer wykorzystał znów apikolizę Friedricha i Tuffiera apikolizę plus ugniatanie płuca tkanką tłuszczową, i odłuszcza on opłucną ścienną nad kawernami a przestrzeń otrzymaną plombuje materiałem nie resorbującym się.

Zabieg ten jest prosty, autor jednak na mocy swych przypadków deszedł do nieco odrębnego zapatrywania się, bo przekonał się, że plomba często ulega wydaleni, a naodwrot nieraz sama pneumoliza bez plomby oddaje ten sam dobry wynik.

Nieraz znów oddzielenie opłucnej może być bardzo trudne, jeżeli nie chce się robić tego zbyt brutalnie.

Można pneumolizę wykonywać nieraz za to obustronnie. Po zabiegu występuje zwykle przemijająca reakcja.

Ewentualnie do plomby zaleca autor zamiast mieszaniny Baera swoją o składzie:

Rp. Cerae alb.
Vaselin. alb.

aa

a do tego 2⁰/₀ magn. carbon i acid. salicylicum. Materiał ten jest bardzo plastyczny, lekki i bardzo trudno ulega wessaniu.

J. wykonał dotąd 6 razy pneumolizę i ze skutków jest zadowolony,

(*Munch. med. Woch. № 29. 1913*).

A. KLĘSK.

Friedrich. *Operacyjne postawienie wskazań do rozległego wycięcia żeber w gruźlicy płuc.*

Operacyjne leczenie gruźlicy płuc z pomocą wycinania żeber jest zabiegiem bardzo wdzięcznym, ale obecnie znajduje jeszcze u lekarzy praktycznych mało zaufania. F. rozporządza już poważną statystyką 31 operacji i to operowanych dawniej i obserwowanych czas długi.

Autor wyrobił sobie w tej sprawie następujące zapatrywania:

1) Nie operuje powyżej 40 i poniżej 16 lat. Najodpowiedniejszym wiekiem jest 20—30 rok życia.

2) Nie operuje, gdy są w płucach zmiany świeże, zwłaszcza — obustronne, dalej — powikłania w innych narządach, zwłaszcza gruźlica kiszek.

3) Niepomyślnie każą też rokować zbyt rozległe zrosty opłucnowe.

4) Natomiast zachęca do operacji wykazalna nieraz Röntgenem tendencja do kurczenia się tkanki płucnej, cechująca się spłaszczeniem strony chorej, zwężeniem przestrzeni międzyżebrowych, przesunięciem serca, umocowaniem lub wysokim stanem przepony i t. p.

5) Wszelkie zabiegi mniejsze, jak karbowanie żeber i t. p. nie mają racji bytu.

6) Ciężkość stanu chorego nie jest przeciwwskazaniem, podobnie gorączka i krwotoki, a nawet w przypadkach zrozpaczonych osiągnął F. wyleczenia.

(*Medizin. Klinik. № 15, 1912*).

A. KLĘSK.

Kolb. *Nowy sposób Wilmsa zwężenia klatki piersiowej w gruźlicy płuc i całkowitym otoku ropnym.*

Sposób Wilmsa polega na wycięciu żeber z tyłu w okolicy kąta tychże na przestrzeni 3—4 cm., a prócz tego na przecięciu lub wycięciu chrząstek przy mostku i wciśnięciu połowy klatki piersiowej do środka i utrzymaniu w tem położeniu. Zabieg ten da się wykonać ewentualnie i w znieczuleniu miejscowym.

wem. Zwłaszcza łatwy jest dostęp z tyłu do pierwszego żebra. Niektórzy zalecają jeszcze skrócenie obojczyka.

Wskazaniem do operacji jest gruźlica jednostronna górnego płata, choć Wilms ma zamiar stosować ten zabieg nawet celem obustronnego uciśnięcia szczytów, zupełnie w przeciwieństwie do zamiaru Freunda, a analogicznie do ucisku płuc przez sztuczny pneumothorax.

Przeciwwskazaniami w gruźlicy są: zajęcie innych narządów. Również w całkowitym otoku ropnym osiąga się z pomocą tej operacji dobre wyniki. Po operacji wielką rolę odgrywa dobrze nałożony opatrunek uciskowy. Skutek zwykle bardzo dobry i rychły. Z czasem rozwija się po zabiegu skrzywienie kręgów piersiowych nieznaczного stopnia.

Najlepsze wyniki w formach przewlekłych naciekowych lub włóknistojamistych.

Odpowiednie historie chorób operowanych trzech przypadków z wynikiem bardzo pomyślnym.

(*Munch. med. Woch. № 47. 1911*).

A. KLĘSK.

Goebell. *Zastąpienie stawów palca ręki stawami palca nogi.*

Na mocy operowanego przypadku donosi autor o korzystnym wszczepieniu całego stawu z palca stopy w miejsce wyciętego drugiego stawu małego palca ręki lewej u pewnego skrzyпка. Staw wszczepiono cały, nieotwarty razem z torebką, poczem stosowano gorące powietrze w leczeniu i jodynowanie. Wszczepiony staw wgoił się bardzo dobrze, tylko wskutek zbyt wczesnego stosowania ruchów nastąpiło małe przesunięcie, które jednak nie przeszkadzało potem pacjentowi grać na skrzypcach.

(*Munch. med. Woch. № 29. 1913*).

A. KLĘSK.

Kaefer. *W sprawie leczenia złamań obojczyka.*

Dotychczasowe sposoby leczenia złamań obojczyka nie zadowalały autora, natomiast stosuje on obecnie z pomyślnym skutkiem sposób następujący: jeden pomocnik odciąga pętlą silnie ramię ku tyłowi, popychając kolaniem plecy ku przodowi (stoi za pacjentem), drugi pomocnik popycha znów łokieć chorej strony ku górze przez co wyrównuje się dokładnie zniekształcenie, przy ewentualnej poprawie palcami odłamków. Miejsce złamania smaruje się mastisolem, na to daje się kłębek waty i umocowuje silnie płatką gazy. Na to daje K. dopiero chustkę, napojoną gipsem, a gdy ją dokładnie zmode-

luje i gips podeschnie, nakłada na nią typowy opatrunek Desaulta. Ramię chore stoi w opatrunku znacznie wyżej. Opatrunek zdejmuje się po trzech tygodniach i zwykle zagojenie się jest idealne.

(*Minch. med. Woch.* № 29. 1913).

A. KLĘSK.

Fred. Albee. *Leczenie choroby Potta za pomocą przeszczepienia do wyrostków kolczystych kręgów wycinka z kości goleniowej.*

Autor zwrócił się do operacyjnego leczenia choroby Potta, wychodząc z następujących dwóch założeń: 1) dotychczasowe ambulatoryjne leczenie choroby Potta nie daje dobrych wyników; 2) leczenie gruźlicy stawów za pomocą wytworzenia połączenia kostnego i unieruchomienia dało już nadzwyczaj zadowalające wyniki.

Właśnie tę zasadę, stosowaną do innych stawów gruźliczo zmienionych, przeniósł autor do leczenia choroby Potta. Technika operacyjna jest następująca.

Pacjent leży na brzuchu; cięcie skórne na wyrostkach kolczystych; długość cięcia zależy od liczby zmienionych chorobowo kręgów. Po przecięciu skóry nożem rozcina się ligamenta apicum, zakończenia chrząstkowe wyrostków kolczystych i ligamenta interspinalia na głębokość mniej więcej $\frac{3}{4}$ cala. Cięcia przez wyroski i więzy w środkowej płaszczyźnie ciała. Przy pomocy dłuta rozłupuje się każdy wyrostek kolczysty podłużnie, głębokość $\frac{3}{4}$ cala. W ten sposób w każdym wyrostku tworzy się klinowata szpara; wyrostki winny być dutowane bez obrażenia przyczepów mięśni i więzów. Na ranę kładzie się gazę, zmoczoną w roztworze soli fizyologicznym. Następuje cięcie wzdłuż grzebienia kości goleniowej. Po obnażeniu kości z okostną na przedniowewnętrznej powierzchni tejże, przy pomocy dłuta lub piły mechanicznej wycina się odpowiedni płat z kości goleniowej. Długość płata zależy od liczby obnażonych przedtem chorych kręgów, szerokość wynosi zwykle $\frac{2}{3}$ — $\frac{3}{4}$ cala, grubość $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ cala. Wycięty płat kostny umieszcza się następnie w owych klinowatych szparach wyrostków kolczystych i umocowuje się za pomocą szwów ze ścięgna kangura. Szew prowadzi się przez lig. apicum i lig. interspinale w pobliżu jego tylnego brzegu, wyprowadza się do tyłu ponad implantowaną kość i następnie przez drugą połowę lig. interspinali i lig. apicum. Przy wiązaniu szwów ściąga się owe więzy ponad płatem kostnym, pogrążając go niejako w masę kostnościęgnistą. Świeże nieduże garby znikają całkowicie, garby, trwające już parę lat, wyrównują się już w parę tygodni po operacji.

Jeżeli skrzywienie kręgosłupa jest znacznego stopnia, wycina się bardzo szeroki płat kostny, nadaje mu się kształt nieco łukowaty i umieszcza go się już to w powyżej opisany typowy sposób, już to zgina go się jeszcze dodatkowo w płaszczyźnie bocznej. Tę odmianę stosowano z powodzeniem u dzieci. U osobników dorosłych z dużym garbem wydłutowuje się odcinek kości goleniowej 4—7 $\frac{1}{2}$ cala długi, $\frac{3}{8}$ — $\frac{1}{2}$ cala szeroki i $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ cala gruby, nacina go się piłą w paru miejscach do połowy grubości, i następnie zgina się tak, aby owe nacięcia znalazły się na stronie wklęsłej. Ważne jest, żeby płat kostny zawierał nieco szpiku kostnego. Przed włożeniem go w wyrostki kolczyste nacina się w paru miejscach okostną, aby ułatwić bujanie elementów kostnotwórczych.

Powyższy zabieg stosowano dotąd w 55 przypadkach ostrego garbu. Pacycenci byli w wieku od lat 5-iu do 51 lat; wszyscy zostali wyleczeni. 34 razy wszczepiano kość do kręgow piersiowych, 19 razy do kręgow lędźwiowych i 2 razy do kręgow szyjnych. Cały zabieg trwa 15—30 minut. Po operacyi pacycenci powinni leżeć przez 5—12 tygodni, przytem o ile można na powierzchni odpowiednio do garbu wypukłej. Po operacyi niema potrzeby nakładać ustalających opatrunków ortopedycznych. Badania radiologiczne operowanych wykazały wzrost tkanki kostnej dookoła wszczepionej kości i powiększenie przekroju samego wszczepionego odcinka.

Zabieg opisany, według autora, nie narusza anatomicznych podpór i spojeń wyrostków kolczystych. Oprócz tego wszczepiona kość utrzymuje dotknięte kręgi w stałej hiperekstensyi. Istotnie, jeżeli dany krąg będziemy rozpatrywali, jako dźwignię dwuramienną, z punktem oporu na częściach bocznych, to wszczepiony płat, działając na jedno ramię—wyrostek kolczysty, odbaracza przez to drugie ramię—dotknięte chorobowo ciało kręgu. Wskutek tego ciężar ciała, położonego powyżej chorych kręgow, przenosi się w całości na niezmiennione, zdrowe części boczne kręgow. Zabieg ten tedy daje odbarczenie chorych stawów i natychmiastowe ich unieruchomienie, przytem i trwalsze, i mocniejsze, niż mogą dać zwykłe środki ortopedyi.

Badania histologiczne wykazały, że z wyrostków kolczystych kręgosłupa przechodzą naczynia krwionośne do kanałów Haversa kości wszczepionej i zaopatrują ją obficie w krew. Nigdzie nie znaleziono oznak zwyrodnienia, lub zaniku. To samo wykazały badania kości, usuniętej częściowo w jednym przypadku operowanego dziecka. Zawsze kość implantowana stapia się całkowicie z kręgami tak, że powstaje mocny, jednolity kostny wał, rosnący i powiększający się narówni z pozostałym koścem.

Bade. *W sprawie leczenia spondylitycznych porażen.*

Porażenia spondylityczne w 50—62^o/_o są uleczalne. Ze sposobów leczenia wchodzi w grę — forsowny sposób Calota, wyciąg, a dla opornych spraw laminektomia wzgl. dojście do ogniska drogą pozaopłucnową podług Wassiliewa. Nawet w przypadkach, opornych zwykłemu leczeniu zachowawczemu, osiąga Bade bardzo dobre wyniki z pomocą wymyślonego przez siebie aparatu. Przyrząd ten składa się z gorsetu i tutorów na kończyny dolne. Zastępuje mięśnie grzbietu, zapobiega przykurczeniom, działa wyciągowo. Można w nim postawić chorego zaraz prosto jak lalkę i w odpowiedniej obręczy może on posuwać się bokami po ziemi. Szybko przychodzą chorzy w tym aparacie do sił i powoli odejmuje się pojedyncze części aparatu.

Sposób godny naśladowania.

(*Münch. med. Woch. № 26. 1913*).

A. KLĘSK.

Humphreys. *Leczenie krwawnic wstrzykiwaniami.*

W roku 1871 Mitchell po raz pierwszy zastosował w leczeniu krwawnic wstrzykiwanie kwasu karbolowego. W roku 1898 Humphreys zastosował 50^o/_o roztwór kwasu karbolowego; roztwór ten okazał się jednak za silnym, gdyż wywoływał zgorzel. Pierwszy chory w chwili wstrzykiwania nagle dostał bólu w przedniej części głowy; po upływie paru minut ból znikł. Wstrzyknięcie spowodowało prawdopodobnie zator mózgu. Przypadek ten zniechęcił Humphreysa na czas jakiś. Po paru latach wszakże Humphreys znowu zastosował wstrzykiwanie, tym razem — roztworu znacznie słabszego według przepisu: Ac. carb. 8,0. Ac. salicyl. 2,0. Sodium biborat. 4,0. Glicerini ad 30,0.

Stosował od 16 do 20 kropli do żyłki, i w połowie przypadków wstrzykiwanie powodowało zgorzel. Wówczas H. zastosował roztwory coraz słabsze, wreszcie zatrzymał się na 10^o/_o roztworze kwasu karbolowego. W ten sposób Humphreys doszedł do bardzo pomyślnych wyników.

W wilię wstrzyknięcia dajemy choremu środek przeczyszczający. Do zabiegu pacjent siada na stolec i przy nadymaniu się guz wyłania się na zewnątrz. Jeśli samo nadymanie się nie wystarcza, wprowadzamy do odbytnicy niewielką ilość roztworu mydła lub kilka uncji wody z gliceryną. Najłatwiej udaje się wstrzyknięcie, gdy chory leży na boku z przykurczonymi kończynami dolnymi i z pośladkami, zwisającymi nad brzegiem stołu. Do wstrzyknięcia należy wziąć taką strzykawkę, by przy naciśnięciu tłoka nie wydobywało się za dużo płynu.

Paluchem prawej ręki naciskamy podstawę guza, aby nie

schował się z powrotem, jednocześnie zaś wskaziciel ręki lewej wprowadzamy do odbytnicy i podpieramy im guz krwawniczy. Po odkażeniu powierzchni guza wprowadzamy doń igłę. Igłę doprowadzamy do najwyższego punktu guza, czubek igły wyczuwając palcem lewej ręki i wprowadzamy jedną lub dwie krople roztworu karbolowego. Następnie wprowadzamy igłę w samo ciało guza. Znowu naciskamy tłok, wpuszczając parę krople płynu; pozycję igły należy zmieniać kilkakrotnie, wpuszczając za każdą zmianą parę kropel roztworu. By zapobiedz wypadaniu guza, należy również wstrzyknąć parę kropel roztworu w zdrową błonę śluzową ponad guzem w celu wytworzenia stwardniałej tkanki podskórnej, utrzymującej błonę śluzową na miejscu. Palec lewej ręki pozostaje w odbytnicy 5 minut po zupełnem ukończeniu zabiegu, naciskając wciąż ścianę odbytnicy ponad guzem, i pociągając tenże w dół, mając na celu—zapobiedz odpływowi krwi z krwawnicy.

Zdarza się czasem, że z ukłucia igły następuje krwawienie, które jednak łatwo tamuje się za pomocą uciśnięcia kawałkiem suchej gazy; krwawienie ustaje zupełnie z chwilą powrotu guza do wnętrza odbytnicy, gdyż wówczas zmniejsza się ciśnienie krwi.

Jeżeli mamy do czynienia z guzami o szerokiej podstawie, skłonnyymi do wypadania, wprowadzamy do odbytnicy rurkę gumową średnicy 1 cm. Po 24 godzinach rurkę należy usunąć. Po zabiegu chory powinien leżeć dwie doby. W razie guzów ruchomych, łatwo wypadających, dajemy 3 razy dziennie 10—15 kropel makowca. Drugiego dnia po zabiegu, o ile guzy nie mają skłonności do wypadania, pozwalamy choremu powrócić do zajęć. Jeżeli przy pierwszym wypróżnieniu guz nie wypadł, to możemy przypuszczać, że już więcej nie wypadnie.

Zdarza się jednak, że po przejściu stanu zapalnego, nawet po dłuższym przeciągu czasu guz znowu wypada; wówczas należy zabieg powtórzyć i powtarzać tak długo, aż w okolicy guza wytworzy się w dostatecznej ilości tkanka łączna, utrzymująca guz nad zwieraczem. Jeżeli po pierwszym wstrzyknięciu guz nie wypada, to, przeczekawszy 5—7 dni, zabieramy się do wstrzykiwania do następnego guza, i powtarzamy zabiegi, dokąd chory nie będzie zupełnie wygojony. Liczba zabiegów waha się od 2 do 10.

Wstrzyknięć należy unikać w następujących przypadkach:

- I. W razie uwięźnięcia.
- II. W razie silnego stopnia zapalenia.
- III. W razie zakrzepów.
- IV. W razie istnienia bolesnej rozpękliny.
- V. O ile mamy do czynienia z guzami, mieszczącymi się na zewnątrz zwieracza.

Ten sam sposób leczenia z doskonałym skutkiem stosował Humphreys w krwawnicach owrzodziałych, oczywiście — o ile nie było zakrzepu lub uwięźnięcia.

Mylne jest twierdzenie, że nie można leczyć wstrzyknięciami krwawnic ogromnych rozmiarów z szeroką podstawą. Humphreys bowiem przekonał się, że i tu wstrzyknięcia mogą wywołać dobre wyniki, o ile guzy dadzą się odprowadzić i zatrzymać nad zwieraczem. Jeżeli mamy do czynienia z krwawnicami zewnętrznymi i wewnętrznymi jednocześnie, to wstrzyknięcia mogą być stosowane tylko do guzów wewnętrznych.

Po zabiegu pacjent może uskarżać się na nieznaczne dolegliwości. O ile chory odczuwa bóle, to dowodzi to, że albo guz wysunął się po za zwieracz, albo wstrzyknięto za dużo roztworu kwasu karbolowego. Badając palcem krwawnicę następnego dnia po zabiegu, wyczuwamy, że guz stwardniał i przyjął położenie podłużne w stosunku do odbytnicy, a nad krwawnicą wyczuwamy podłużne obrzmienie. Obrzmienie to ciągnie się w dół i w górę odbytnicy, idąc w kierunku naczyń krwionośnych i chłonnych błony śluzowej. Zanim to stwardnienie stopniowo zginie, upływa parę tygodni.

Dobry stan zwieracza jest jednym z najważniejszych czynników pomyślnego przebiegu leczenia.

Jeżeli tylko chory znosi znieczulenie ogólne, najlepiej operować w sposób zwykły przy pomocy klampa i żegadła.

Istnieją wszakże przypadki, kiedy należy uciec się do wstrzykiwania, mianowicie są to:

- I. Osoby ze znaczną niedokrwistością.
- II. Pacjenci z gruźlicą.
- III. Choroby innych narządów, uniemożliwiające stosowanie środków usypiających.
- IV. U krwawców.

(American Journal of Surgery. Marzec. 1913).

NIELUBOWICZ.

II. GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO.

P. Lecène. O zapobieganiu zakażeniu otrzewnej podczas operacji w ginekologii.

Zakażenie otrzewnej podczas operacji może nastąpić tylko z dwóch źródeł: 1) z zewnątrz ustroju operowanego—z powietrza otaczającego, z rąk chirurga i jego pomocników, z narzędzi i t. p.; 2) ze źródła, już istniejącego w ustroju chorej: ze skóry lub pochwy chorej, z otworzenia podczas operacji zbiornika o zawartości septycznej lub ropnej.

Teoretycznie niepodobna wykonać operacji aseptycznie. Lecz znakomite wyniki operacji dowodzą, że operacja chirurgiczna w żaden sposób nie może być porównywana z zasiewaniem na podłożu odżywczym w bakteryologii. Nie należy zapominać, że operujemy w tkankach żywych, posiadających odporność i zdolność do zwalczania zakażenia nie nazbyt dużego. Wobec tego zadaniem chirurga jest: 1) osiągnąć maximum aseptyki, w znaczeniu bakteryologicznem; 2) zachować jak największą żywotność i naturalną odporność operowanych tkanek, a nawet, o ile można, zwiększyć tę odporność.

Srodki, którymi rozporządzamy dla zapobiegania zakażeniu, są obecnie wystarczające z wyjątkiem chyba zakażenia z otaczającego powietrza. Niebezpieczeństwo jednak tego zakażenia jest niewielkie, gdyż powietrze nie zawiera drobnoustrojów o silnej jadowitości. W celu zmniejszenia liczby drobnoustrojów w powietrzu sali operacyjnej Quenu i Tuffier zastosowali rozpylanie wody utlenionej lub pary wodnej pod wysokim ciśnieniem. Prócz tego powszechnie urządzają obecnie dwie sale operacyjne—jedną dla operowania chorych niezakażonych, drugą dla zakażonych. Podczas operacji należy zmniejszyć do minimum kręcenie się pomocników, gdyż poruszanie się powietrza jest źródłem zasiewania drobnoustrojów. Inne przyczyny zakażenia z zewnątrz mogą być usunięte 1) przez wyjałowienie materiałów, używanych podczas zabiegu chirurgicznego, 2) przez używanie rękawiczek gumowych wyjałowionych w autoklawie, lub za pomocą gotowania. Struna, dotychczas chemicznie preparowana i pogrążona w płynie antyseptycznym, najczęściej w jodzie, obecnie sterylizuje się w alkoholu lub w acetonie i w autoklawie, co zapewnia jej zupełną jałowość. Przy używaniu rękawiczek należy: 1) ręce myć zupeł-

nie tak, jak gdyby operowano bez rękawiczek, 2) zmienić rękawiczki podczas zabiegu po zetknięciu się z materiałem zakażonym, lub po przedziurawieniu przypadkowym rękawiczki, 3) zapobiegać przedostawaniu się wydzieliny z wewnętrznej strony rękawiczek.

O wiele mniej możemy uczynić w walce z zakażeniem już istniejącem, nie możemy bowiem zastosować tu ciepła. Nie możemy też ani na skórę, ani na błony śluzowe stosować środków antyseptycznych tak, żeby im zapewnić zupełną jałowość; za najlepszą metodę wyjaławiania skóry uważamy smarowanie jodyną.

Lecz o wiele poważniejszym, niż skóra, źródłem zakażenia w przebiegu operacji ginekologicznych jest otworzenie rozmaitych jam o zawartości zakaźnej (pochwa, kiszki), lub też organów zakażonych. To jest najczęstszą przyczyną zakażenia otrzewnej w zabiegach operacyjnych.

Szyję maciczną po odcięciu macicy ponadpochwowem należy obszyć hermetycznie otrzewną po uprzednim potraktowaniu szyi jodyną. Pochwę należy „przygotować“ za pomocą przemywań wielokrotnych przed operacją i wypędzłować jodyną bezpośrednio przed zabiegiem. Pochwę częściowo zakażoną, jak to bywa naprzykład w raku szyi macicznej, należy tem troskliwiej „przygotować“ do operacji, stosując *larga manu* jodynę.

Otworzenie kiszki w przebiegu operacji jest zawsze powikłaniem niepożądanem. Otwór w kiszce należy troskliwie obszyć i, o ile zawartość kiszki nie wylała się — postępować, jak gdyby otworzenia nie było; w przeciwnym razie po wybraniu cieczy septycznej jamę otrzewnej zakażonej odosobnić od reszty jamy otrzewnej za pomocą odpowiednich środków (tamponowanie, sączkowanie).

Otworzenie zbiornika ropnego ma rozmaite znaczenie — w zależności od przypadku. Wiadomo, że nieraz duży ropniak jajowodu zawiera ropę jałową, i że pęknięcie i wylanie się do jamy otrzewnej ropy jest dla niej bez dużego znaczenia, przeciwnie, wylanie się kilku kropel ropy z przydatków, zawierających ropę jadowitą, zwłaszcza z paciorkowcami, dać może najniebezpieczniejsze zakażenie otrzewnej. W celu zapobiegania zakażeniu w takich przypadkach, gdzie możemy spodziewać się ropnej zawartości, należy 1) zwlekać z operacją aż do zmniejszenia się jadowitości drobnoustrojów, 2) zastosować do wyjęcia zbiorników ropnych taką technikę, ażeby usunąć je zamknięte. Do tych wskazówek nie zawsze można zastosować się.

Co się tyczy środków, zapewniających otrzewnej jej naturalną obronę przeciw zakażeniu, zaznaczyć trzeba, że obawa większej niż innych tkanek wrażliwości otrzewnej na zakażenie

dziś zupełnie wygasła. Wiemy, że otrzewna łatwo znosi zabiegi, połączone z nieznacznym zakażeniem, które to zakażenie w tkance tłuszczowej na pewno wywołałoby ropienie. Należy tylko pamiętać: 1) by otrzewna, zwłaszcza jej śródbłonek, pozostał niezniszczony; 2) by w jamie otrzewnej nie pozostawić płynów wybroczynowych, ani tkanek zgorzelinowych, które mogą służyć do rozwoju drobnoustrojów; 3) by przypadkowe zakażenie ograniczyć do jak najmniejszego odcinka otrzewnej; 4) by drobnoustroje, które wywołały przypadkowe zakażenie, nie posiadały zbyt wielkiej jadowitości. Chcąc więc zapewnić otrzewnej jej wrodzoną odporność i samoobronę przeciw zakażeniu, trzeba między innymi pamiętać o następujących zasadach: operować w polu, ściśle odgraniczonym kompresami od reszty jamy brzusznej; unikać stosowania antyseptyków; wykonać zabieg anatomicznie i możliwie szybko; opanować krwawienie jak najtroskliwiej; pokryć otrzewną wszystkie powierzchnie krwawiące; zamknąć jamę otrzewnej bez sączkowania, o ile nie było zakażenia podczas zabiegu; w przypadku zanieczyszczenia podczas zabiegu odosobnić powierzchnię zakażoną od reszty jamy otrzewnej.

Za pomocą pokrywania otrzewną szypuły i wszelkich powierzchni krwawiących, obnażonych 1) zapobiegamy powstawaniu zrostów z trzewami, 2) usuwamy źródło wysięków i następnych zakażeń, 3) zapobiegamy przenikaniu zakażenia do tkanki łącznej mniej odpornej, niż otrzewna; 4) usuwamy potrzebę sączkowania.

Sączkowanie otrzewnej było wprowadzone w celu usuwania z niej nagromadzonego płynu. Dziś wiadomo, że każdy sączek, czy to kauczukowy, czy szklany, czy z metalu, czy też z gazy, tak szybko okleja się w przeciągu 24—36 godzin zrostami otrzewnej, że nie może już później służyć do sączkowania całej jamy, lecz co najwyżej może wyprowadzić nazewnątrz wydzielinę z bardzo ograniczonego odcinka otrzewnej.

Wobec dzisiejszej techniki sączkowanie staje się coraz mniej potrzebne. Sączkowanie pozostanie potrzebne tylko w przypadkach niewątpliwego zakażenia, również — w przypadkach wątpliwych. Sączkować można przez powłoki brzuszne i przez pochwę. Sączkowanie brzuszne jest częściej używane i bardziej aseptyczne, niż przez pochwę, gorzej natomiast wyosabnia miejsce odosabniane i gorzej wyprowadza płyny, a prócz tego — usposabia do przepukliny. Sączkowanie przez pochwę doskonale spełnia swe zadanie wyprowadzenia płynu i przy jednoczesnym wyosobnieniu miednicy małej za pomocą szwu otrzewnej zabezpiecza zupełnie pozostałą jamę otrzewnej. Co do wyboru materiału, to musimy zauważyć, że rurka gumowa dobrze wyprowadza płyny, lecz niedostatecznie wyosabnia dane

miejsce otrzewnej, gaza zaś znów lichy wyprowadza płyny, lecz dobrze wyosabnia tę część otrzewnej, z którą styka się.

Co do sztucznego wzmoczenia odporności otrzewnej, to oparta jest ta metoda na spostrzeżeniu klinicznym, że otrzewna, która już przeżyła zapalenie, jest odporniejsza na nowe zakażenie, niż otrzewna zupełnie zdrowa. W celu wywołania takiego podrażnienia otrzewnej Höhne i Pfannenstiel wstrzykiwali na 2 lub 3 dni przed operacją 30 do 50 cm. sz. oleju kamforowego do otrzewnej i w 42 przypadkach mieli podobno pomyślne wyniki.

Stosując podane w tej pracy sposoby postępowania, osiągnięto na 93 $\frac{1}{4}$ przypadki operacji ginekologicznych brzusznych 25 przypadków śmierci, t. j. 2,6% z zaliczeniem śmierci przypadkowych (embolia, bronchopneumonia, etc.).

(*Annales de Gynecologie et d'Obstetrique. 1912.*)

IGNACY MUCHA.

Goldstein. *Przypadek akromegalii po kastracji u dorosłej kobiety.*

U 48 letniej kobiety wystąpiły po wyjęciu macicy i jajników z powodu mięśniaków wybitne objawy akromegalii, jakkolwiek w przysadce mózgu nie można było wykazać żadnych zmian.

Wiadomo, że u osób młodych, gdzie wzrost kości odbywa się jeszcze, wystąpić może po trzebieniu t. zw. wzrost olbrzymi, natomiast nie spostrzegano tego nigdy u osób starszych. Autor tłumaczy sobie powstanie akromegalii w tym przypadku w ten sposób, że istniał już u chorej związek dla akromegalii, ale był on niejako hamowany wewnętrzną czynnością jajników; gdy tę usunięto, wystąpiła skłonność do wzrostu kości, co wobec ustania już tendencji do wzrostu kości z powodu wieku wyraziło się akromegalią.

Wynika z tego, że akromegalia powstać może albo z powodu przewagi czynnej przysadki, albo też z powodu przewagi biernej, powodowanej brakiem czynności jajników, co rzadko ma miejsce, bo chyba tylko wtedy, gdy dana osoba ma skłonność do wzrostu olbrzymiego.

(*Munch. med. Woch. № 14. 1913.*)

A. KLĘSK.

Kanngiesser. *Czy pokrewieństwo krwi małżonków ma szkodliwy wpływ na zdrowotność potomków.*

Na mocy zestawionej tablicy, jakoteż zebranych przykładów dowodzi autor, że pokrewieństwo bliskie małżonków ma bardzo zgubny wpływ na zdrowotność potomstwa.

Tak np. okazuje się, że z takich małżonków rodzi się przeszło dwa razy więcej dzieci słabych umysłowo, niż z małżeństw mieszanych, sześć razy więcej ślepych, lub z wadami w oczach, a dziesięć razy więcej głuchoniemych. $\frac{1}{3}$ albinosów pochodzi właśnie z takich małżeństw, podobnie cierpiących na retinitis pigmentosa.

Jaskrawe przykłady na to przytacza autor następujące:

1) Brat ze siostrą mieli dziecko, które cierpi na zanik siatkówki.

2) Z małżeństwa dwojga osób (przyrodniego rodzeństwa) urodziło się troje dzieci, jedno słabowite, dwoje idiotów.

3) Z małżeństwa wuja z siostrzenicą urodziło się dziecko z retinitis pigmentosa.

Wobec tego dziwnem musi wydać się twierdzenie pewnych badaczy, którzy małżeństwa między krewnymi polecają a raczej uważają, jako środek uszlachetnienia rasy.

(*Münch. med. Woch. № 14. 1913*).

A. KLĘSK.

Sigwart i Händly. *Mesothorium w ginekologii.*

Mesothorium zawiera trzy rodzaje promieni α , β , γ . Promienie α zawdzięcza mesothorium domieszcze bromku radu. Promienie te są miękkie i dla ginekologii mają małe znaczenie, podobnie i promienie β , a jedynie promienie γ analogiczne do promieni Röntgena znajdują zastosowanie szerokie.

Niestety, właśnie mesotor zawiera mało tych promieni, tak że do leczenia potrzeba z tego powodu większej ilości tego preparatu. Mesotor ma tę wyższość znów nad promieniami Röntgena zwłaszcza w ginekologii, że można go stosować u kobiet dogodnie i długo bez sprawiania im przykrości i niedogodności.

Korzystnie działa to leczenie w myomatach i metropatyach, a zwłaszcza rakach. Stosujemy obecnie to leczenie ze skutkiem, ale wskutek ulepszenia techniki w znacznie większych dawkach. Z wyników leczenia raków są autorowie bardzo zadowoleni. Najodpowiedniejszymi do tego leczenia są raki nie nadające się do operacji, a nieraz pod wpływem tego leczenia można w pewien czas przystąpić już do operacji. Dalej stosować się powinno to leczenie w nawrotach pooperacyjnych, a wreszcie u osób, nie chcących dać się operować. Szybko znika przytem krwawienie i gnicie, stan ogólny poprawia się, tkanka rakowa kurczy się, twardnieje i zanika. Zwłaszcza guzy płaskokomórkowe znikają szybko (pochwa).

Czy te wyniki są i będą trwałe — trudno orzec, bądź co bądź jednak uważają je autorowie za wielki sukces terapii.

(*Medizin. Klinik. № 33. 1913.*)

A. KLĘSK.

J. Vanverts i H. Paucot. *O zapaleniu żył maciczojajnikowych i ich leczeniu chirurgicznym.*

W zakażeniach połogowych drobnoustroje rozchodzą się dwiema drogami: drogą naczyń chłonnych i drogą naczyń krwionośnych.

Zakażenie żyłne powoduje zapalenie żył i zakrzepy, które drogą spłotu wiciowatego szerzą się z macicy na żyłę jajnikową, drogą zaś żyły macicznej na żyłę podbrzuszną, a nawet i dalej—na żyłę podłędźwiową, żyłę główną dolną i jeszcze dalej. Bez względu na rozległość uszkodzeń żylnych zakażenie żył daje zawsze obraz kliniczny ropnicy.

Nie zatrzymując się długo nad zabiegami miejscowymi, które mają na celu usunięcie zakażenia, zanim przekroczyło błonę śluzową macicy, wspomnieć należy, że w zakrzepie żylnym, zanim przystąpi się do operacji, niezbędne jest upewnić się o zupełnem opróżnieniu jamy macicznej.

Leczenie ropnicy, czy to mające na celu wzmoczenie naturalnej odporności ustroju, czy to skierowane bezpośrednio przeciw zakażeniu, jak leczenie surowicą Marmorka i surowicą Vanderveldego i t. p., stosowane bywa z rozmaitym skutkiem. Sama mnogość tych środków wskazuje, że skuteczność ich jest problematyczna. Tylko środkami chirurgicznymi osiągnąć można czynników gnilnych i zakrzepów w ich miejscu usadowienia się w kanałach naczyń. Te to rozumowania doprowadziły do stworzenia metody podwiązywania i wycinania żył miedniczych.

W 1894 r. Sippel radził wycinać żyły maciczojajnikowe. Był to zabieg dodatkowy do wycięcia macicy, które autor zalecał w leczeniu zakażenia połogowego. Freund pierwszy zastosował metodę w praktyce: w dwóch przypadkach zakażenia po poronieniu wyciął żyły maciczojajnikowe po wycięciu macicy. W obydwóch przypadkach zejście było śmiertelne. W roku 1902 Bumm i Trendelenburg prawie jednocześnie wznowili zabieg. Trzy przypadki Bumma zakończyły się śmiercią, Trendelenburg, który prócz żył maciczojajnikowych podwiązał jeszcze żyły podbrzuszne, miał na 5 operacji jedno wyzdrowienie. Od tego czasu b. liczni lekarze stosowali powyższe sposoby operowania z rozmaitymi wynikami.

Jeśli drobnoustroje chorobotwórcze po przejściu błony śluzowej macicy usadawiają się wyłącznie w żyłach, jeśli, bez

względu na rozległość uszkodzeń anatomicznych, rozciągających się czasem aż do żyły głównej i po za nią, za ognisko chorobotwórcze uważać można żyły miednicze — to można stąd zrobić do pewnego stopnia słuszny wniosek, że zabieg na żyłach miedniczych może okazać się pożytecznym.

Statystyka wykazuje, że z spośród 272 przypadków sekcji kobiet, zmarłych na ropnicę porodową, w 88 znaleziono tylko zapalenie i zakrzepy żył. Istnieją więc przypadki zakażenia połogowego o umiejscowieniu wyłącznie żylnem. Umiejscowienie to nie ma w sobie nic systematycznego. Zapalenie i zakrzepy spotykają się równie często w żyłach podbrzuszej, jak maciczo-jajnikowej, bywają jednostronne i obustronne, czasami nie przekraczają granic małej miednicy, czasami rozciągają się do żyły podłędźwiowej, udowej i głównej. W niektórych znów przypadkach, pozostawiwszy nieuszkodzonym cały system żył maciczo-miedniczych, zakażenie usadawia się bezpośrednio w świetle grubych pni żylnych, dostając się do nich czy to drogą żylną, czy to drogą naczyń chłonnych.

Zadaniem zabiegu chirurgicznego jest właśnie zagrodzić drogę szerzeniu się zakażenia w układzie żylnym. Wtedy tylko, kiedy zakażenie, przekroczywszy śluzówkę macicy, lokuje się w żyłach macicznych i okołomaciczych i tam pozostaje umiejscowione, zabieg chirurgiczny może okazać się uzasadnionym.

Czy umiejscowione w bliskości macicy zakażenie z objawami zapalenia i zakrzepu żył daje zawsze pole do zabiegów chirurgicznych?

Z doświadczeń Bardelebena wynika, że jeśli jadowitość zarazka jest osłabiona, ściany naczyń stawiają zakażeniu dostateczny opór, i zakażenie rozchodzi się tylko wzdłuż światła żył. W tych zaś przypadkach, kiedy paciorkowce są bardzo jadowite, ściany żył pokrywają się wkrótce owrzodzeniami, tworzą się ropnie dokoła żył, i zakażenie rozchodzić się może wówczas nie tylko drogą żył, lecz i drogą naczyń chłonnych. W tych przypadkach mamy kliniczny obraz ostrej ropnicy. Na sekcjach kobiet, zmarłych 8 — 11 dnia po porodzie, znajdowano bardzo rozległe zapalenie żył ropne z towarzyszącymi im ropniami w więzjach szerokich i w otrzewnej. Przeciw tak szybko szerzącemu się zakażeniu wszelki zabieg mógłby okazać się spóźnionym.

Jest jeszcze drugi nieodzowny warunek, by zabieg chirurgiczny mógł być wykonany, mianowicie zapalenie i zakrzep żylny nie powinny zachodzić zbyt daleko. Należy wycinać i podwiązywać żyły powyżej ich uszkodzeń anatomicznych, można tego dokonać nawet na żyłach głównej, byle powyżej żył nerkowych, niebezpieczne jest natomiast wycinanie i podwiązywanie żyły, zawierającej zakrzepy lub ropę.

Teoretycznie więc zabieg chirurgiczny daje się wykonywać wówczas, kiedy zapaleniu i zakrzepowi nie towarzyszą uszkodzenia zewnątrznaczyniowe, t. j. w przypadkach ropnicy o jadowitości zmniejszonej, przebiegającej podostro lub przewlekłe, i w tych, kiedy zapalenie i zakrzep umiejscowione są w żyłach miedniczych i zabiegu dokonywać można na zdrowych częściach żył.

Autor zebrał w literaturze 82 wypadki zabiegów chirurgicznych, z których 49 zakończyło się śmiercią i 33 tylko—wzdrowieniem.

Ponieważ w ocenie nowej metody chodzi specjalnie o wykazanie jej wartości leczniczej, autor dzieli zebrany materiał statystyczny na 2 kategorie: przypadków, zakończonych wzdrowieniem i przypadków, zakończonych śmiercią.

Jako sprawdzian skuteczności chirurgicznej metody leczenia uważa autor szybki spadek ciepłoty po zabiegu.

Badanie danych pierwszej kategorii wykazuje bezsprzecznie, że w niektórych przypadkach zabieg chirurgiczny dał wyraźnie pomyślny skutek. U chorych, mających powtarzające się dreszcze i ciepłotę podniesioną, zauważyć się daje w ciągu 48 godzin, czasami jeszcze prędzej, zmniejszenie się i ustąpienie dreszczów. Ciepłota ciała pozostaje zwiększona w ciągu 3—4 dni, poczem zmniejsza się do normy wtedy, gdy tymczasem nic w biegu choroby nie pozwalało przewidzieć takiego polepszenia. Przypadki jednak tego rodzaju są bardzo nieliczne. Bez tendencyjnego uprzedzenia nie można uważać za przekonywujące tych przypadków, gdzie spadek ciepłoty nastąpił dopiero 20—40 dnia po zabiegu.

Uszkodzenia anatomiczne, znajdowane w pomyślnej seryi przypadków, są zazwyczaj ograniczone. Są one równie często obustronne, jak jednostronne, zawsze z towarzyszącym im nacieczeniem tkanki dokołażylniej. Autorowie kładą specjalny nacisk na to, że zawsze udało im się dotrzeć powyżej granic zakrzepu i podwiązać naczynia w tkance widocznie zdrowej. Co się tyczy okresu, w jakim wykonany był zabieg, widzimy, że w większości przypadków był on dokonany późno, po dwudziestym dniu od daty połogu lub poronienia. Można z tego wnioskować, że były to postacie przewlekłe, o jadowitości zmniejszonej.

W przeciwstawieniu do tej seryi szczęśliwej, w przypadkach, zakończonych śmiercią, znajdujemy bardzo często ropnie więzu szerokiego i tkanki podotrzewnowej, ropienie wewnętrzne, rozszerzające się z większą, niż w pierwszych przypadkach, szybkością. Tak np. znajdowano ropę w żyłach podłędźwiowych i w żyłę głównej przed 15 dniem od początku objawów zakażenia. W zakażeniach, rozwijających się z taką szyb-

kością, najwcześniej wykonany zabieg chirurgiczny musiał okazać się bezskutecznym. W innych znów, rozwijających się tygodniami, wobec zatorów, tworzących się późno, możnaby przypuszczać, że zabieg wczesny mógłby być okazać się pożytecznym. Wogóle w ropnicy, o rozwoju powolnym, pomimo nieznanych przerzutów, możnaby od podwiązania żył spodziewać się pomyślnego wyniku. Tak np. Friedemann operował szczęśliwie 35 dnia kobietę, która 14 dnia miała objawy przerzutu płucnego

Badanie materiału klinicznego pozwala wnioskować, że zabieg chirurgiczny w zakażeniu żył macicznomiedniczych nie jest bez wartości, że może on dać pomyślne wyniki w pewnych, bardzo wszakże ograniczonych przypadkach.

O ile z badania materiału klinicznego wypływa pożyteczność chirurgicznego zabiegu w pewnych przynajmniej przypadkach, o tyle wyprowadzać z niego ściśle wskazania do zabiegu jest rzeczą bardzo trudną.

Ani objawy ogólne, ani objawy miejscowe: wyczuwanie twardych sznurków na przebiegu żył macicznych, nie mają wartości bezwzględnej w odróżnianiu postaci żylniej od postaci chłoniczej zakażenia połogowego. W takich warunkach łatwiej jest formułować przeciwwskazania, niż wskazania do zabiegu.

Jednym z przeciwwskazań jest istnienie wyraźnych objawów rozległego zakażenia naokołożylnego: gdy znajdujemy nacieczenie w sklepieniach i w więzach szerokich, byłoby nieuzasadnione próbować dosięgnąć żyły, dotkniętej zakrzepem. Przeciwnie, w razie lekkiego tylko zapalenia dokołamacicznego, kiedy rozpoznanie zapalenia żył jest jeszcze chwiejne, autor radzi wywiadowcze cięcie brzucha z warunkiem, by pozostało ono wywiadowczem, jeśli znalezione uszkodzenia nie mogą podlegać leczeniu chirurgicznemu.

Ograniczywszy w ten sposób pole działania do postaci zakażenia wyłącznie żylnych, autor zapytuje, czy w tych przypadkach zawsze należy uciekać się do zabiegu chirurgicznego.

W postaciach o jadowitości zwiększonej zakrzep — ta naturalna zapora, jaką ustrój kładzie na drodze szerzącemu się zakażeniu, może okazać się niedostatecznym, gdyż zakażenie wyprzedza zakrzep. Żyły niezupełnie zacopowane napełnione są ropnym płynem. Klinicznie wyraża się to w formie zakażenia, przebiegającego bardzo ostro, z wczesnymi przerzutami.

W postaciach przewlekłych zakrzep tworzy się mniej lub więcej powolnie, może późno oderwać się i rzucić w obieg cząsteczki zakażone. Tutaj także zakrzep nie spełnia swojej roli.

W obydwóch tych postaciach zabieg chirurgiczny ma rację bytu. Dla rozpoznania tych postaci potrzebny jest pewien

okres obserwacji, który opóźnia zabieg, czyni niemożliwym uchwycenie chwili najodpowiedniejszej do zabiegu. Autor formułuje więc nowe przeciwwskazanie do zabiegu: kiedy mamy do czynienia z zakażeniem i zakrzepem żylnym, któremu towarzyszą wczesne i liczne przerzuty, operacja jest bezużyteczna.

Pozostaje druga kategoria przypadków, tych mianowicie, w których zakażenie ma przebieg przewlekły. Kiedy po czasowym polepszeniu widzimy znowu ciepłotę podniesioną, napady dreszczów i objawy zatorów, należy uciekać się do zabiegu chirurgicznego. Ze statystyki widzimy, że najważniejsze tryumfy chirurgii odniesione były w tej właśnie kategorii przypadków. Przyznać jednak należy, że te właśnie przypadki są zdolne leczyć się samoistnie.

Tak postawiona sprawa zdawałaby się dość prostą, gdyby między temi postaciami wyraźnie ostre i wyraźnie przewlekłe nie istniała cała serya przypadków o przebiegu podostym. Dla tych ostatnich jest rzeczą niemożliwą sformułować ściśle ani wskazań, ani przeciwwskazań do zabiegu.

Pozostaje sprawa techniki operacyjnej.

Zabieg powinien odpowiadać dwóm warunkom: zagrozić drogę zatorom i przeszkodzić szerzeniu się zakażenia drogą żylną, i leczyć pierwotne ognisko zakażenia. Praktycznie pierwszy tylko ma szczególnie doniosłe znaczenie, drugi czasami może być poniechany.

Operacje na żyłach miedniczych dokonywane były: drogą pochwową, drogą brzuszną pozaotrzewnową i drogą brzuszną wewnątrzotrzewnową.

Droga pochwowa przedstawia dwie poważne niedogodności: nie pozwala osiągnąć zakrzepu, o ile ten usadowił się w żyłach jajnikowych, i nie daje możliwości zbadania wszystkich żył miednicy, w tych przypadkach, kiedy siedlisko uszkodzeń nie jest klinicznymi sposobami dokładnie określone.

Droga brzuszna pozaotrzewnowa pozwala uniknąć zakażenia otrzewnej, jest natomiast do wykonania trudna, nie daje dostatecznego dostępu i z tego powodu była już przyczyną wielu błędów, jak podwiązanie moczowodów, podwiązanie żyły zdrowej i t. p., wreszcie tak samo, jak droga pochwowa, nie dopuszcza oględzin wszystkich żył miedniczych. Dla tych powodów autor zaleca drogę brzuszną wewnątrzotrzewnową, która pozwala zbadać swobodnie wszystkie żyły, i daje dostęp do obu stron miednicy. Co się zaś tyczy możliwości zakażenia otrzewnej wskutek przecięcia żył zakażonych, to jest ona łatwa do uniknięcia.

Głównym momentem w czasie operacji jest określenie

stanu żył. Najmniejsze stwardnienie, znalezione w któremkolwiek z naczyń żylnych, wskazuje na istnienie zakrzepu.

Każda żyła, uznana za dotkniętą zakrzepem, powinna być podwiązana, z tym jednak warunkiem, żeby to było skutecznie poniżej siedliska zakrzepu.

O ile sprawa podwiązania żył, dotkniętych zakrzepem, zdaje się być ustalona, o tyle w sprawie pierwotnego ogniska zakażenia rzecz ma się zupełnie inaczej.

W dość licznych przypadkach samo tylko podwiązanie chorych żył okazało się wystarczającym dla przyspieszenia wyzdrowienia, pomimo że ognisko zakażenia, utworzone z żył, dotkniętych zapaleniem, pozostało nietknięte.

Należy jednak przyznać, że uszkodzenia żył i około tychże przechodzą czasem w okres ropienia. By zabezpieczyć chore od tego rodzaju powikłań, niektórzy autorowie radzą wycinać żyły, dotknięte zakrzepem. Inni znowu zalecają ten zabieg tylko w tych razach, kiedy podczas operacji znajdują zapalenie dookołażyłne i rozmiękczenie naczyń, co wskazuje, że ropienie albo już istnieje, albo też wkrótce może utworzyć się.

Jeśli w razie ograniczonego zajęcia żył zabieg taki może być dokonany, to w przypadku zajęcia całego systemu żylnego więzu szerokiego powinien on być stanowczo zaniechany. Operacja w takich warunkach staje się bardzo trudną i z konieczności musi pozostać niezupełną.

(Revue Mensuelle de Gynécologie, d'Obstetrique et de Pédiatrie. 1912. № 11).

DROŚIO.

Vogt. Choroba Addisona a ciąża.

Choroba Addisona występuje częściej u mężczyzn, niemiernie zaś rzadko obok niej u kobiet spotykamy ciążę. Według V. mylnie jest zdanie, że przy chorobie A. ciąża nie może przebiegać prawidłowo, i że z tego powodu trzeba ją przerywać. Jacquet nawet jest zdania, że po ciąży poprawia się nieraz stan chorych, o ile choroba A. nie jest wtórnym wyrazem innego ciężkiego cierpienia, np. gruźlicy płuc i t. p.

Kwestya ta przemawia też przeciw teorii, uważającej poród za efekt wzmożonego działania adrenaliny (Neu znaleźć miał na końcu ciąży 8—10 razy większą ilość tejże).

(Münch. med. Woch. № 33. 1913).

A. KLĘSK.

Wegner. W sprawie leczenia rzucawki porodowej.

Leczenie rzucawki porodowej przechodzi różne koleje. Przed 40 laty leczono ją głównie upustem krwi, uważając cier-

pienie za skutek choroby Brighta. Potem Schröder zalecił uśpienie chloroformowe. Próbowano środków napotnych, ciepłych kąpiei. Dührssen zalecił znów wprowadzone przez Zweifela szybkie rozwiązywanie. Stosowano też amputację sutka, a w razie bezmoczu odłuszczenie nerek. Petersburski akuszer Stroganoff podał znów swój sposób leczenia, przy którym śmiertelność wynosi u matek zaledwo 7⁰/₀, a u dzieci 21⁰/₀. Sposób ten polega na unikaniu wobec chorej wszelkich podrażnień, powstrzymywaniu ataków z pomocą morfiny, chloralu i chloroformu. Stosuje dalej S. przyśpieszone, ale nie forsowne, rozwiązanie, czuwa nad stanem nerek, serca, płuc i skóry. Na mocy swego doświadczenia zaleca W. też to leczenie z dodatkiem upustu 500 cm. sz. krwi. Jeżeli trzeba wykonać zabieg, to tylko w uśpieniu. Nie należy nic podawać chorym przez usta, gdy są nieprzytomne. W razie dłuższego bezmoczu trzeba wykonać odłuszczenie nerek.

(*Medizin. Klinik. № 33. 1913.*)

A KLĘSK.

Fuchs. *Uśpienie i znieczulenie podczas porodów.*

Uśpienie u rodzących odznacza się tem, że zużywa się do niego bardzo mało narkotyku, budzenie się następuje bardzo szybko i niema złych następstw uśpienia, a pochodzą te dobre skutki ze zmienionych warunków organizmu w ciąży (płuca, serce). Śmierć z uśpienia przy porodzie należy do wielkich wyjątków i z tego powodu w północnej Ameryce doszło do tego absurdu, że lekarz zostawiał rodzinie flaszeczkę z chloroformem do usypiania rodzącej pod koniec okresu wydalania płodu.

Niestety—wpływ uśpienia na przebieg samego porodu jest często bardzo ujemny, bo występuje porażenie kurczów macicy i tłoczni brzusznej, przez co poród przedłuża się i występuje atonia macicy ze skłonnością do krwotoków.

Także dla płodu uśpienie nie jest obojętne. Pituglandol dopiero pobudza czynność macicy na nowo. Dla zwykłych porodów chloroform wobec tego nie nadaje się i jedynie pozostaje on dla porodów operacyjnych. Eter wprawdzie nie osłabia tak bólów porodowych i tłoczni brzusznej, ale za to ma inne wady, bo jest zapalny (a porody często odbywają się w nocy), trzeba go mieć większy zapas i technika uśpienia im nie jest wszystkim lekarzom dobrze znana. Inne środki usypiające są znów drogie, działają krótko, wymagają większego zachodu i rozkładają się łatwo. Niezłe natomiast nieraz usługi, zwłaszcza u bardzo młodych, lub bardzo starych pierwiastek

oddać może pędzlowanie dolnej muszli i tuberculum septi 20% kokainą (sfera płciowa nosa).

Hypnoza rzadko spełnia to zadanie. Czasem dobre usługi oddaje pantopon, wstrzyknięty wspólnie z pituglandolem, jednak jest on środkiem znowu dla dziecka nie obojętnym. Skopolaminomorfina wpływa ujemnie na czynność porodową i pozostawia przykrą suchość w gardle i pragnienie, ponadto dawkowanie jest trudne i zamroczenie wymaga ciągłej opieki lekarza, co utrudnia stosowanie tegoż w praktyce prywatnej, zwłaszcza że i dla dziecka środek ten jest szkodliwy.

Znieczulenie lędźwiowe ma też swoje wady: poraża nieraz kończyny dolne, nieraz tłocznię brzuszną. Znieczulenie znów t. zw. krzyżowe nie jest pewne, a ostatnio podane t. zw. znieczulenie n. pudendus Ilcnera nadaje się do zabiegów operacyjnych i wymaga specjalnej techniki.

Widzimy z tego, że sprawa znieczulenia przy porodzie, wprawdzie bardzo aktualna, daleka jest jednak od doskonałości.

(Medizin. Klinik. № 30. 1913).

A. KLĘSK.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

I. POSIEDZENIA CHIRURGICZNE.

Posiedzenie dnia 23 stycznia 1913 r.

Rozprawy nad odczytem Szerszyńskiego: postępy w leczeniu gruźlicy kości i stawów.

W. Łapiński zaznacza, że w leczeniu gruźlicy kości i stawów należy unikać szablonu, i że wskazania lecznicze trzeba uzależnić od wielu czynników i warunków, jak oto: wiek, położenie społeczne chorego, czas trwania choroby i t. p. Ł. zatrzymuje się wyłącznie na leczeniu gruźlicy kostnej u dzieci i, podkreśliwszy współczesne stanowisko zachowawcze w leczeniu, będące zarazem co do swej treści — leczeniem nader energicznym tak miejscowym, jak i ogólnym, rozpatruje kolejno metody poszczególne.

W sprawie stosowania unieruchomienia chorych stawów i zniesienia z nich obciążenia Ł. zaznacza różnice pomiędzy szkołą niemiecką (długotrwałe unieruchomienie w opatrunkach gipsowych, przyrządy ortopedyczne, leczenie ambulatoryjne), a szkołą francuską (ograniczenie opatrunków gipsowych do okresu bolesnego, długi okres leżenia), i podkreśla ujemne następstwa troficzne zbyt długiego stosowania okalających opatrunków gipsowych na kończynach (zmiany skóry i tkanki podskórnej, więzadeł i wynikające stąd przemieszczenia w stawach np. w kolanie, zmiany kości w postaci odwapnienia i często spotykana w następstwie łamliwość kości, zaniki mięśni i t. d.). Za wielki postęp, usuwający zarazem zaznaczone wyżej zjawiska ujemne, uznać trzeba leczenie słońcem t. j. helioterapię, metodę, opracowaną dokładnie przez Rolliera w Leysin. Ł. po podkreśleniu cech wytycznych wpływu naświetlań słonecznych zwłaszcza w klimacie górskim na ustrój (działanie bakterjocydne, utleniające, łagodzące i usuwające bolesność, wpływ bliznotwórczy chemicznych pozafioletowych promieni widma słonecznego, dalej — znaczenie dobroczynne charakterystycznej pigmentacji skóry, jako dodatniego odczynu ustroju na promienie), podnosi świetne wyniki leczenia (ruchomość stawów, brak zniekształceń) zwłaszcza

w przypadkach gruźlicy wieloogniskowej i przytacza własne spostrzeżenie nader dodatniego wyniku naświetlań słonecznych u nas. Helioterapię należy dzisiaj — oczywiście wobec stosowania jednoczesnego pomocniczych zabiegów miejscowych, zwłaszcza w mniej świetnych warunkach klimatycznych — postawić na pierwszym miejscu w szeregu środków, jakimi rozporządzamy w walce z gruźlicą kostną; stąd zaś wynika nieodzowna potrzeba założenia u nas odpowiedniego uzdrowiska.

Z kolei Ł. zatrzymuje się na wstrzykiwaniach przekształcających, rozpatruje wskazania do wstrzykiwań bliznotwórczych (type sec: jodoform, kreosot, gwajakol), oraz wstrzykiwań rozrzedzających ziarninę gruźliczą (type liquide: naftol lub tymol kamforowy), omawia technikę wstrzykiwań, i oświadcza się, jako zdecydowany ich zwolennik. Ł. podnosi dalej wartość głębokich przyżegań (ignipunctura) w przypadkach gruźlicy stawu skokowego (kilkadziesiąt wkluć nader cienkiego żegała wgłęb stawu z omiianiem okolic przebiegu tętnic i nerwów), omawia metodę Biera (wyniki niepewne), wreszcie przytacza zgodne opinie wielu klinicystów co do pomyslnych wyników leczenia surowicą Marmorka, którą należy stosować wyłącznie za pomocą wlewań przez odbytnicę dla uniknięcia zaburzeń anafilaktycznych, występujących stale w razie wstrzykiwań śródżylnych, lub podskórnych teje surowicy.

Wyłom w zasadzie ogólnej leczenia zachowawczego gruźlicy kostnowstawowej u dzieci stanowią — zdaniem Ł. — dwie postaci kliniczne, a mianowicie: gruźlica kości długich stopy i dłoni z jej charakterem specjalnym (spina ventosa), oraz gruźlica okołostawowa — ogniska w szyi kości biodrowej, ogniska i martwaki gruźlicze w dolnej nasadzie kości ramieniowej i t. p., w których to postaciach względnie wcześniej stosować należy leczenie operacyjne, a to w celu zapobiegnięcia przejściu sprawy gruźliczej na staw sąsiedni.

Poza tem leczenie operacyjne gruźlicy stawowej u dzieci znaleźć winno zastosowanie jedynie w przypadkach zaniedbanych, źle leczonych; i tu jednak postępować należy możliwie zachowawczo z uwagi na pomyslny wzrost i czynność kończyny (réséctions économiques stawu biodrowego Menarda, réséctions intraepiphysaires Broca w gruźlicy kolana, oczyszczenie stawu i działanie czystym kwasem karbolowym z następczem przemyciem alkoholem według Phelps'a i t. p.). Wyniki dodatnie dają również w rękach doświadczonych plomby kostne, bądź jodoformowe Mosetig-Morphofa, bądź bizmutowe (Becka), wymagają jednak możliwie starannej techniki (doszczętnie usunięcie tkanek chorobowo zmienionych, zwłaszcza w uchyłkach za pomocą wiertnika, jaknajdokładniejsze osuszenie jamy kostnej i t. p.).

Ł. wreszcie powstaje kategorycznie przeciw zbyt niestety jeszcze rozpowszechnionemu stosowaniu kąpeli słonych, zwłaszcza — w początkowym okresie gruźlicy stawowej: leczenie to wobec poglądów i metod współczesnych najzupełniej bezcelowe — pociąga zazwyczaj dla chorego następstwa wprost fatalne, zabierając bezpowrotnie okres cierpienia najcenniejszy dla leczenia racjonalnego gruźlicy kostnowstawowej.

L. Zembruski zwraca uwagę na potrzebę indywidualizowania w leczeniu gruźlicy kości i stawów, szczególnie w warunkach naszych, gdzie musimy liczyć się i z wiekiem chorych, i z położeniem ich społecznym i miejscem zamieszkania (wieś czy miasto), ale również z warunkami klimatycznymi i położeniem szpitalnictwa u nas. Często wskutek warunków niekorzystnych musimy uciekać się do metod doszczętnych tam, gdzie w zasadzie winniśmy stosować leczenie zachowawcze. Największy kontyngens chorych dostarczają nam dzieci, które zmuszeni jesteśmy leczyć ambulatoryjnie dla braku odpowiednich sanatoriów i braku miejsc w istniejących szpitalach. Takie leczenie nawet wobec najlepszych usiłowań naszych jest połowiczne, ponieważ chorzy przebywają w dalszym ciągu w warunkach niekorzystnych mieszkaniowych, jako też odżywiania i wogóle higieny ogólnej. Jedynie zaradzić temu mogłoby powstanie sanatorium wiejskiego specjalnego dla niezamożnych chorych, a szczególnie dzieci, dotkniętych gruźlicą kości i stawów; z drugiej strony — pożądane jest powstanie sanatorium helioterapeutycznego na ziemiach polskich np. w Zakopanem. Z. proponuje wybranie komisji z łona sekcji chirurgicznej, któraby zajęła się urzeczywistnieniem tych postulatów.

Kryński, wspominając o obradach zeszłorocznego zjazdu przeciwgruźliczego w Rzymie, powątpiewa o znakomitych wynikach, osiągniętych przez zastosowanie zachowawczej metody Calota. Jakkolwiek szablon w lecznictwie jest rzeczą złą, jednakowoż dotychczas utrzymał się schemat Fröhlicha z Nancy, a mianowicie, iż gruźlicę chirurgiczną u dzieci należy leczyć zachowawczo, u dorastających — wykonywać wycięcia, a u starszych — amputacje. Zasadniczo Kr. radzi wykonywać operacje nietypowe, w odpowiedniej formie. Odnośnie do stawów — należy dążyć do zeszywnienia za pomocą unieruchomienia, oraz środków pomocniczych, jak wstrzykiwania do stawu; wreszcie, Kr. wspomina o stosowaniu phimalozy przez Doyena i operacji Bella, t. j. o spleninie. Poprawa stanu ogólnego stanowi zasadniczy punkt w leczeniu gruźlicy chirurgicznej.

Sawicki omawia sprawę helioterapii, przytaczając szczegółowo technikę tej metody według Rolliera. Osobiście jest zwolennikiem naświetlań słonecznych, choć poważnym brakiem tej metody jest zależność od liczby dni słonecznych. Z chorych Sawickiego, którzy leczyli się w Leysin, trzech osiągnęli znaczną poprawę, u 2-ch zaś nie stwierdzono żadnej poprawy. Oprócz promieni Roentgena w dni niesłoneczne Rollier stosuje naświetlanie kwarzlampą, która daje wielką ilość promieni ultrafioletowych. Do ujemnych stron helioterapii w Leysin zalicza S. jej jednostronność, ponieważ tam prawie wcale nie wykonują zabiegów operacyjnych, oraz kosztowność takiego leczenia. W analogicznych zakładach w Rovigno i w Rappenu naświetlania słoneczne są źle zorganizowane, a w Kolonii — wprost nieudolne. W przypadkach coxitis tbc., będącego na wygojeniu, S. radzi wypróbować amerykańską metodę wyciągu: na chorą nogę daje się podeszwę łożnianą, a na zdrową wysoki obcas i choremu zaleca się chodzenie. Wreszcie S. zgadza się w zupełności z twierdzeniem Łap. o szkodliwości wysyłania do Ciechocinka dzieci z gruźlicą chirurgiczną w okresie ostrym.

Leśniowski zwraca uwagę na zaniedbanie w naszym piśmiennictwie sprawy chirurgii kości i stawów, i proponuje opracowanie monografii o leczeniu współczesnem gruźlicy kości i stawów. Oprócz tego proponuje utworzenie komisji w myśl wniosku Zembrzuskiego, zwłaszcza że istnieje w Królestwie zapis, darowujący kawał ziemi na utworzenie sanatorium dla niezamożnych chorych.

Borsuk zwraca uwagę na konieczność ogólnego leczenia w gruźlicy kości i stawów, i podkreśla wyższość metody Calota nad metodą Rolliera, z której bynajmniej nie jest zadowolony.

Łapiński nie zgadza się ze zdaniem Kr. co do osiągnięcia sztywności w gruźlicy stawów, ponieważ udaje się w takich przypadkach osiągnąć zupełne wyleczenie z zachowaniem całkowitej ruchomości stawu (kołano, łokieć, kręgosłup), jakkolwiek nie zawsze można, a nawet nie zawsze należy do tego dążyć. Iniekcye do stawu nie są zabiegiem pomocniczym, lecz bardzo ważnym czynnikiem leczniczym.

Zembrzusi nie wierzy, aby sama helioterapia w naszych warunkach klimatycznych, wobec małej liczby dni słonecznych, mogła osiągnąć poważniejsze znaczenie, jak o tem przekonał się na własnych przypadkach, gdzie stan miejscowy poprawiał się, lecz w stanie ogólnym następowało wyraźne pogorszenie.

Horodyński nie dowierza optymizmowi Rolliera, a co do samej metody, to poważnym jej brakiem jest długotrwałość leczenia.

Sawicki odpowiada Bors. i Horod., że nie zachwyca się bynajmniej metodą Rolliera, lecz zaznacza tylko, że helioterapią warto zająć się bliżej.

Kryński podaje skład pasty Calota: Phen.—Camph., Napht.—Camph., Kreosoti, Guajacoli aa 6,0; Spermaceti, Lanolini aa 50,0. Powyższa pasta jest lepsza od bizmutowej, wogóle — od metalicznej. Co do zeszywnienia, to uważa je za minimum zupełnego wyleczenia.

Ciechomski zaznacza, że widział u Rolliera wprost zdumiewające wyniki, zwłaszcza w gruźlicy stawów. Ujemną stronę naświetlań słonecznych stanowi znaczne osłabienie wzroku wskutek oślnienia.

Skabowski, przedstawiając przypadki wyleczenia gruźlicy kostnej i stawowej na zjeździe Chirurgów Polskich w Warszawie w 1910 roku, nadmieniał, że nie nadają się do leczenia promieniami X, gdyż dają bardzo rzadko dodatnie wyniki. Nie nadawały się wyżej wymienione stawy do leczenia promieniami X dlatego jedynie, że nie mieliśmy sposobu przeniknąć promieniami głębiej, niż na 3 cm. i to na tej głębokości z pełnej dawki danej na skórę pozostawała minimalna ilość. Ponieważ promienie X leczyły te ogniska gruźlicy kostnej, do których dosięgła pewna ilość promieni, więc nie dziwnego, że stawy, leżące pod całą warstwą mięśni, lub ogniska śródkostne, leżące głęboko, nie poddawały się leczeniu.

Obecnie wskutek badań Gaussa i innych za pomocą filtrów aluminiowych przenikliwość promieni X wzrosła tak, że możemy dosięgnąć ognisk, leżących na głębokości 8 cm., i przytem z pełnej dawki, danej na skórę t. j. z 10 X Kienbecka lub 5 H Holzknechta, pozostaje na tej głębokości, jako lecznicza dawka, jeszcze 2 X lub 1 H.; naświetlając dane ognisko z wielu

stron, możemy osiągnąć w głębi dawkę 4—5 H, lub 8—10 X, dawkę — zupełnie wystarczającą do celów leczniczych.

Przy tem z powiększeniem się przenikliwości promieni zmniejszył się i czas naświetlania, który z 1 godziny zmniejszył się do kilku lub kilkunastu minut. S. ma cały szereg przypadków wyleczenia gruźlicy gruczołowej (gruczoły szyi operowane i stwierdzona gruźlica), w których po paru naświetlaniach z gruczołów bardzo dużych i leżących pod całą warstwą mięśni szyjowych i piersiowych pozostały ślady ledwo wymagalne. Sądzi, że obecna przenikliwość promieni X, stosowana w innych zabiegach zachowawczych, powiększy ilość przypadków zupełnie wyleczonych i że każdy staw przed krwawym zabiegiem powinien być poddany najpierw leczeniu promieniami X i dopiero w razie ujemnego wyniku tego leczenia operowany.

Wobec tego, że wszyscy mówcy poparli wniosek Zembrzuskiego co do utworzenia sanatorium dla chorych z gruźlicą chirurgiczną, została wybrana komisya, złożona z Kijewskiego, Lapińskiego, Sawickiego i Zembrzuskiego w celu bliższego opracowania tego wniosku.

W. DOBROWOLSKI.

Posiedzenie dnia 13 utego 1913 r.

1. *Krause*. Ciało obce w krtani, usunięte drogą operacyjną.
2. *Smużyński*. Przypadek zamknięcia światła kiszki cienkiej przez ciało obce (grzyb).
3. *Horodyński*. Przypadek wysokiego złamania uda, leczonego przez nalożenie klamry Schaedego.
4. *Kijewski Fr.* Przypadek neurofibromatis faciei (morbus Recklinghausen).

1. *Krause*. Ciało obce w krtani, usunięte drogą operacyjną. Usunięcie połkniętego ciała obcego bądź przez usta za pomocą odpowiednich narzędzi, bądź drogą operacyjną nie przedstawia żadnych trudności, o ile wiadomo, gdzie ciało obce znajduje się — w gardzieli, przelyku, w górnej części krtani, w samym świetle krtani lub poza krtanią. Inaczej rzecz przedstawia się, jeżeli miejsce uwięźnięcia jest niewiadome i rentgenogram wyraźnie tego miejsca nie określa, jak to miało miejsce w niżej podanym przypadku.

Chora 16-letnia panna razem z zupą połknęła ciało obce w postaci kawałka kości; na razie poczuła ból, zakrzuszyła się, lecz powoli objawy te przeminęły. Dopiero po 4-ch tygodniach doznała trudności w połykaniu, bólu i takiej duszności, że lekarz, do którego udała się, czuł się w obowiązku wykonać natychmiast tracheotomię. Stan chorej poprawił się, lecz ciało obce nie zostało usunięte. Po 3-ch tygodniach lekarz przysłał chorą do Warszawy celem usunięcia ciała obcego. Chora zapisała się do szpitala i wstąpiła do oddziału D-ra Lubliner.

Tam stwierdzono nacieczenie tylnej ściany krtani i obydwóch chrząstek nalewkowych. Bólu przy połykaniu niema. Obcego ciała absolutnie

nigdzie dojrzeć nie udaje się ani przy pomocy laryngoskopu, ani rentgenoskopii. Rentgenogram pokazuje jakoby w górnej części gardzieli w linii środkowej jakieś obce ciało cienkie, podłużne. Pewien czas chora czuła się dobrze, obrzęk krtani zmniejszył się, wkrótce atoli bóle przy połykaniu występowały z większą siłą, i chora została przepisana do oddziału Kr. dla wykonania operacji w celu usunięcia ciała obcego.

Nie mając pewności, gdzie właściwie uwięzło ciało obce, w gardzieli, za krtanią, czy w samej krtani, na razie trudno było zdecydować się na wybór metody operacyjnej. Aby zaś mieć dostęp i do gardzieli, ewentualnie do przełyku i krtani, wykonał K. d. 14 listopada 1912 r. rozcięcie gardzieli podjęzykowe. Dochodząc do krtani, za pomocą obmacywania przekonał się, że ciało obce uwięzło pomiędzy i poniżej strun, bardziej na stronie lewej. Z powodu silnego wklonowania się ciała obcego usunięcie było dość trudne, i aby to skutecznie K. zmuszony był pomagać sobie narzędziem, wprowadzonym do otworu tracheotomijnego po chwilowem wyjęciu rurki. Ciało obce przedstawia się w kształcie trójkątnej blaszki kostnej o ostrych brzegach.

Po operacji chora czuła się dobrze, bóle wrótce znikły, rana goiła się prawidłowo, i po kilku dniach była zagojona przez rychłozrost.

Po dwóch tygodniach K. usunął rurkę, lecz chora oddychała bez rurki zaledwie 20 minut, poczem rurkę trzeba było napowrót wprowadzić. Kilkakrotne podjęcie usunięcia rurki nie dało pożądanego wyniku, i za każdym razem po pewnym czasie trzeba było rurkę wprowadzić nanowo. Przedsięwzięte wtedy badanie krtani w oddziale D-ra Lublinerera przez D-ra Zamenhofa wykazało: krtani zupełnie nieruchoma, struny stoją w środkowej linii, zupełnie zamykając głośnie; wobec tego trudno było myśleć o usunięciu rurki bez czynnej interwencji.

K. wykonał więc dnia 6 stycznia 1913 r. rozcięcie krtani (thyreotomia). Po rozciągnięciu obu blaszek krtani, zauważyć można było bliźnę poniżej struny lewej, oraz strunę wciągniętą nieco w bliźnę; bliźnę oraz strunę lewą prawdziwą i fałszywą K. wyciął. Krtani zaszył i wprowadził podwójną rurkę. W nocy nastąpił krwotok z rany, jak pokazało się — ze skóry; lekarz miejscowy rozpruł ranę i zatamponował. Rana goiła się per secundam i wkrótce zagoiła się. Po zagojeniu się rany dnia 3 lutego 1913 r. usunął rurkę i odtąd chora bez rurki dobrze oddycha.

Badanie krtani obecnie wykazuje: na miejscu lewej struny głosowej znajduje się bliźna, prawa struna zachowana, otwór głośni w postaci trójkąta dosyć duży. Chora oddycha zupełnie dobrze. Głośno nie mówi, lecz szeptem; głos po pewnym czasie może wrócić, aczkolwiek nie w zupełności.

Kryński podkreśla trudności techniczne przedstawionego przypadku: niejasny rentgenogram, ujemny wynik badania laryngoskopowego, wobec czego wykonane były dwie operacje, zamiast jednej. Zwracając uwagę na brzydką bliźnę ściągającą po pierwszej operacji, Kryński zaleca wykonywanie tracheotomii poprzecznej, która daje lepszy wynik kosmetyczny i nie powoduje następczych zwiężeń tchawicy.

Kijewski Fr. podkreśla również trudności techniczne omawianego przypadku i przypuszcza, że z czasem głos może chorej wrócić, wreszcie zapytuje, czemu Krauze nie próbował sondowania od dołu, t. j. przez otwór tracheotomijny.

Krauze zaznacza, że badanie laryngoskopowe było nadzwyczaj dokładne; sondowanie w danym przypadku nie dałoby żadnego wyniku; co się tyczy tracheotomii poprzecznej, to nadaje się ona tylko do tracheotomii wysokiej.

Kryński twierdzi, że poprzeczne cięcie może być stosowane zarówno do wysokiej, jak i do niskiej tracheotomii.

Gliksman zaleca w celu wcześniejszej dekaniulacji wkładanie tubusa do krtani.

Krauze odpowiada, że dekaniulacja nie zawsze jest możliwa, jak np. w razie paraliżu strun głosowych i t. d.

Kijewski zaznacza, że intubacja nie daje dobrych wyników, jeśli chodzi o zagojenie rany po tracheotomii, zwłaszcza że chrząstki często ulegają zgorzeli, tworzą się faldy i obszerne blizny: trzeba wówczas wykonywać resekcję tchawicy.

2. *Smużyński*. Przypadek zamknięcia światła kiszki cienkiej przez ciało obce (grzyb).

Chory 50-letni został przywieziony do szpitala Św. Rocha do oddziału D-ra Gabszewicza. Cierpienie rozpoczęło się przed 20 godzinami dość nagle bólami napadowymi w brzuchu i zatrzymaniem stolca i wiatrów; od paru godzin przyłączyły się wymioty. Brzuch równomiernie wzdęty, na ucisk bolesny, ruchów kiszki nie widać. Rozpoznano zamknięcie światła kiszki. Wysokie wlewania bardzo obfite nie dały żadnego wyniku. Wobec tego przystąpiono do operacji. Cięciem w linii środkowej otwarto jamę brzuszną. Kiszki wzdęte i przekrwione. Bardzo prędko natrafiono na zatkaną pętlę kiszki cienkiej w prawym dole biodrowym, w odległości 40 cm. od ujścia do kiszki grubej. Rozcięto kishkę wzdłuż i wydobyto cały grzyb. Działalność serca podczas operacji nie pogorszyła się, jednak w 4 godziny po zabiegu wystąpiły objawy niedomogi serca, a w 6 godzin chory zmarł. Na sekcji w jamie brzusznej nie znaleziono nic nowego. Mięsień serca bardzo wiotki i stłuszczoney.

Dwa lata temu obserwowano podobny przypadek z tą różnicą, że zatkanie kiszki spowodowała suszona gruszka, połknięta przez chorego w całości.

3. *Horodyński* przedstawił szereg rentgenogramów wysokiego złamania uda, leczonego początkowo za pomocą wyciągu, następnie zaś operacją krwawą i nałożeniem klamry Schaedego. Mężczyzna lat 34 z powodu wypadku automobilowego uległ niepowikłanemu złamaniu prawego uda w górnej $\frac{1}{4}$ części, tuż prawie pod krętarzami (w wywiadach lues, arthritis urica, obciążenie dziedziczne co do gruźlicy i nervositas). Na pierwszym rentgenogramie widać złamanie kości udowej poprzeczne, górny odłamek sierzcy silnie nazewnątrz, dolny — zachodzi za górny (dislocatio ad axin et longitudinem), oprócz tego z zewnętrznej strony odłamów kości leży oddziel-

nie spory oderwany kawałek kości. Nałożono wyciąg z obciążeniem stopniowym od 15 — 35 f. Po tygodniu zrobiono rentgenogram in situ: znieść dislocationem ad longitudinem w zupełności nie udało się, co zaś do dislocatio ad axin, to ta również wiele pozostawia do życzenia. Górny odłam przyciśnięto workami z piaskiem, lecz, jak pokazuje 3 rentgenogram, bez wielkiego efektu. Oprócz tego na miejscu plastrów zjawily się bolesne odparzenia (dermatitis bullosa), i silne bóle w kolanie. Wobec tego przystąpiono do operacji krwawej. W uspieniu chloroformowym cięcie około 20 cm. długości na przedniej powierzchni uda, a to w celu ominięcia odparzeń od plastra. Po należytem zestawieniu odłamów, co nawet w uspieniu było b. trudne, wbito klamrę Schaedego № 2 w uprzednio wywiercone cienkim borem otwory w kości. Wobec dużych starych skrzepów mięśnie i skórę zaszyto częściowo, pozostawiając w ranie dwa małe paski gazy. Unieruchomienie za pomocą fornierowanych lubeł, przebieg bezgorączkowy, zupełnie prawidłowy. Rentgenogram, zrobiony po upływie tygodnia, wykazuje, że odłamy stykają się dobrze, lecz górny wąs klamry pękł mniej więcej w odległości 3—4 mm. od nasady, wskutek czego nastąpiło nieznaczne dislocatio ad axin. Rentgenogram, zrobiony w 2 tygodnie po operacji, wykazał, że i drugi wąs pękł mniej więcej pośrodku. W trzy tygodnie usunięto paski gazy.

Na rentgenogramie, zrobionym w 4 tygodnie po operacji, a w 6 po złamaniu widać, że proces kostnienia na stronie wewnętrznej złamania postępuje prawidłowo, na zewnętrznej zaś, gdzie końce odłamów stykały się bezpośrednio, jest zwolniony. Na ostatnim wreszcie rentgenogramie callus widać już zupełny; oderwany kawał kości przyrósł do wewnętrznej powierzchni obu odłamów. Pozostało tylko dislocatio ad axin około 20° od linii prostej. Po 2-ch miesiącach pacjent zaczął chodzić w aparacie, po 3-ch o kulach, w parę tygodni później o laskach. Skrócenie nie przekracza 2-ch centymetrów. Z powodu stosowania wyciągu i długotrwałego unieruchomienia pozostało dość bolesne (lecz zapewne czasowe) zeszywnienie w stawie kolanowym. Klamra dotąd (5 mies.) żadnych dolegliwości nie sprawia. H zwraca uwagę, że na żadnym z rentgenogramów nie widać rozmiękczenia kości wokoło whitej klamry. Co do techniki, to H. sądzi, że nie należy odłuszczać okostnej, otwory borować bezwarunkowo przed wbijaniem klamry w odległości nie mniejszej od 1,5 cm. od miejsca złamania, ranę zaszywać na głucho w przypadkach, gdzie niema wielkich wylewów krwawych, pomiażdżonych mięśni lub drobnych odłamów kostnych. Same klamry, znajdujące się u nas w handlu, mają zadługie wąsy, które w razie cienkiej kości bezwarunkowo przechodzą będą na drugą stronę kości i kalczyć miękkie części.

Co do korzyści dodatnich ze stosowania klamry nad innymi podobnymi sposobami, wobec małego swego doświadczenia pod tym względem, H. powstrzymuje się od wydania stanowczego sądu.

W dyskusyi:

Leśniowski mówi, iż na drodze operacyjnej leczył dwa przypadki wadliwego zrośnięcia kości po złamaniu, stosując następującą technikę:

miejsce zrostu rozdzielał dłutem, nie obrażając sąsiedniej okostnej, następnie śrubą Lorenza rozciągał mięśnie, aby jaknajdokładniej zbliżyć do siebie obadwa odłamki, usuwał z ich powierzchni narosłą ziarninę, wreszcie wcale nie łączył odłamków ani drutem, ani w inny sposób, i nakładał wyciąg — w jednym z tych przypadków zastosował wyciąg według Steinmanna. Obadwa przypadki zakończyły się pomyślnie: skrócenie długości 1 cm., w drugim przypadku wcześniej musiał usunąć gwoździ. Przy takim postępowaniu należy jak najmniej maltretować końce odłamków, nie obnażać z okostnej, nie zszywać końców i maksymalnie rozciągać mięśnie w celu łatwiejszego nastawienia końców odłamków.

Łapiński zwraca uwagę, że u osób dorosłych należy koniecznie stosować śrubę wyciągową Lorenza z należytym przeciwwyciągiem, wówczas bowiem można nałożyć daleko znaczniejszy wyciąg. U osobników młodszych po takim mocnym wyciągu można nałożyć opatrunek gipsowy. Wogóle wyciąg należy zawsze nakładać pod kontrolą Roentgena.

Horodyński zaznacza, że nie mógł w swoim przypadku stosować znaczniejszego wyciągu, ponieważ na skórze zaraz tworzyły się pęcherze; uważa za błąd, że nie nałożył gipsu, a tylko łubki; ograniczył się wbiciem tylko jednej klamry z obawy przed ewentualnem złamaniem. Przy zestawianiu odłamków unikał starannie obrażenia okostnej, usunął tylko trochę starych skrzepów.

Czarkowski podkreśla, że, stosując wyciąg Bardenheuera na złamane udo, musimy jednocześnie unieruchomić staw kolanowy i skokowy, co stanowi stroną ujemną tej metody. Postęp w tym względzie stanowiła metoda Steinmanna, lecz wbijanie gwoździa może łatwo spowodować poważniejsze powikłania; mając to na względzie, Steinmann zaleca obecnie wyciąg w rodzaju Bardenheuera — a mianowicie, nakładanie plastrów tylko na udo.

Kryński stwierdza, że postęp w leczeniu złamań daje się zauważyć dopiero od czasu, gdy zaczęto ustalać % niezdolności do pracy po uszkodzeniu kości. Dobre wyniki daje zeszywanie świeżych złamań lub tam, gdzie łatwo następuje znaczna dyslokacja odłamków (obojczyk, kość ramieniowa). W jednym przypadku złamania kości ramieniowej Kr. połączył obadwa odłamki za pomocą gwoździa kostnego, otrzymanego z tejże kości — wynik był zupełnie dobry.

Sławiński jest zdania, że anatomiczne wygojenie złamanej kości nie stanowi koniecznego warunku dla wyleczenia czynnościowego, dlatego też nie można uważać za jedynie miarodajne w tym względzie wyniki prześwietlania. Co się tyczy zeszywania kości, to nie jest ono ani łatwe, ani też pewne pod względem aseptyki: niektórzy zalecają używanie katgut. Wyciąganie przy pomocy gwoździa daje naogół wyniki niepomyślne. Sł. zaleca francuski sposób wyciągu według Hennequina: wyciąg przy zgiętej w kolanie kończynie. Wbijanie gwoździ kostnych szeroko stosowane jest przez Murphyego.

Horodyński w odpowiedzi Sł. twierdzi, że niemożliwe jest pozostawić

bez korekcji dislocationem ad peripheriam lub ad axin, zwłaszcza tej ostatniej, w przeciwnym bowiem razie pozostanie skrócenie i ból.

Sławiński obstaje przy swoim zdaniu i na poparcie tego przytacza przypadek złamania kości ramieniowej, gdzie było podłużne przesunięcie odłamów—po 6-ciu tygodniach chory swobodnie władał kończyną. Co do okostnej, to wpływa ona na uformowanie kości, lecz nie na jej wzrost.

Leśniowski zaleca wogóle stosowanie takich sposobów, które powodują najmniejszy uraz końców odłamów i okostnej na nich.

Kijewski przytacza przypadek złamania uda, gdzie wskutek również wrażliwości skóry na plastry nie można było zastosować należytego wyciągu i dlatego zdecydował się na zespolenie odłamów klamrami, lecz z wynikiem ujemnym, po pewnym bowiem czasie obie klamry puściły.

4. *Kijewski* przedstawił okaz makro- i mikroskopowy neurofibromatis (m. Recklinghauseni) twarzy, nowotworu — usuniętego operacyjnie u 22-letniej dziewczyny. Twór ten w postaci płaszcza zwieszał się z lewej połowy twarzy, obejmując całkowicie muszlę uszną i przechodząc na tylną połowę czaszki i szyję. K. opisuje szczegółowo obraz mikroskopowy guza oraz technikę zabiegu operacyjnego w danym przypadku: chora w kilka godzin po operacji zmarła — na autopsyi stwierdzono wyraźne zwiótczenie mięśnia sercowego, oraz st. thymico-lymphaticus.

W. DOBROWOLSKI.

Posiedzenie dnia 13 marca 1913 r.

1. *Kietkiewicz*. Przypadek kamienia w miedniczce nerkowej.

2. *Krauze*. Przypadek wyluszczenia lewej połowy szczęki dolnej z powodu nowotworu.

3. *Kijewski Fr.* Przedstawienie chorego ze zniekształceniem górnej kończyny.

4. *Sawicki Br.* a) Przedstawienie okazu wątroby z ropniami przerzutowymi.

b) Przedstawienie okazu wyrostka robaczkowego.

1. *Kietkiewicz* opisuje przypadek kamienia w miedniczce nerkowej, usuniętego za pomocą cięcia miedniczki. Przypadek dotyczy 23-letniej osoby, która od 3-ich lat cierpiała na dotkliwie bóle w podżebrzu prawem. Początkowo bóle występowały napadowo, niekiedy z wymiotami co 1—2 miesiące. Ostatnimi czasy cierpiała prawie codziennie. Krwi w moczu, jakoteż zaburzeń pęcherzowych nigdy nie miała. Prawej nerki nie wyczuwa się, badanie jednak sprawia chorej dotkliwy ból. Mocz mętny, kwaśny, c. g. 1025, białka 0,8⁰/₁₀₀, mocznika 26⁰/₁₀₀, chlorków 10,9⁰/₁₀₀, w osadzie liczne ciała ropne, wałków niema. Zdjęcie rentgenowskie, wykonane przez Skabowskiego, wykazało b. wyraźny okrągły cień w okolicy prawej nerki bez ścisłego umiejscowienia. Aby ocenić z dokładnością, gdzie znajduje się kamień, należy mieć obrys nerki, w stosunku bowiem tylko do nerki, narządu nadzwyczaj ruchomego i zdolnego do przybierania różnych pozycji, można

określić, czy kamień znajduje się w miedniczce, czy w mięszu nerki, czy też w moczowodzie. W omawianym przypadku obrys nerki nie był uchwycony, w umiejscowieniu więc kamienia K. opierał się na nie dość pewnym twierdzeniu Moyranda, który mówi, że w każdym przypadku, gdzie radiografia wykazuje cień, a niema obrysu nerki, o ile odległość pomiędzy zewnętrznym brzegiem kamienia i linią środkową nie przekracza 5 cm., możemy rozpoznawać kamień w miedniczce, z tem jednak zastrzeżeniem, że cień zawarty jest w czworokącie pomiędzy 1 — 2 wyrostkiem poprzecznym kręgow łędźwiowych. Z rozpoznaniem pyelitis calculosa po uprzednim zbadaniu czynności obu nerek, zresztą—doskonalej, w d. 15 listopada 1912 r. K. przystąpił do zabiegu.

W uśpieniu chloroformowem wykonał cięcie tylnoboczne. Dotarł do nerki, wyosobnił ją, wyważył, i na tępo obnażył tylną powierzchnię miedniczki z otaczającego ją tłuszczu (peripyelitis). Tylną b. cienką ścianę miedniczki naciął podłużnie i wydobyl kleszczykami twarde, wielkości pestki od śliwki kamien. Z powodu nadmiernej cienkości ściany miedniczki szycie utrudnione. Przy mocniejszym pociągnięciu nastąpiło rozerwanie miedniczki w kierunku poprzecznym. Z wielką trudnością nałożył jedno piętro szwów z cienkiej struny po uprzednim przekonaniu się za pomocą zgłębnika, że moczowód jest drożny i w miedniczce niema innych kamieni. Ranę części miękkich od góry zaszyto, od dołu włożono sączek.

Następnego dnia opatrunek przemoknięty. Stan bezgorączkowy. Dzieśiątego dnia po operacji chora zaczęła gorączkować. Z małemi przerwami gorączka trwała miesiąc, w końcu ciepłota dosięgła 40°. Przemycie miedniczki rozczyłem azotanu srebra $\frac{1}{500}$, przy pomocy cewnikowania. T° opada do normy; przetoka wkrótce zamyka się, lecz po to, żeby po kilku dniach na nowo otworzyć się. Co 4 — 6 dni przemycanie miedniczki. W 2 mies. po operacji przetoka zagaja się zupełnie. Wskutek jednak mocz u mętnego — ropnego K. przemycania miedniczkę w dalszym ciągu i po 10 przemyciach doprowadza nerkę do stanu prawidłowego.

W omawianym przypadku K. podkreśla kilka szczegółów, dotyczących techniki operacyjnej. Zeszywanie miedniczki uważane jest prawie przez wszystkich jeżeli nie za konieczne, to w każdym razie za pożądane, z wyjątkiem przypadków wybitnie ropnych. Aby jednak ta praca, nieraz bardzo trudna i mozolna, była celowa, należy zachować pewne ostrożności. Ogólnie przyjęte jest ogałacanie miedniczki z otaczającej ją tkanki tłuszczowej, a to w tym celu, by uniknąć krwawienia przy przecinaniu ściany miedniczki. Jeżeli terenem naszego nacięcia będzie tylko powierzchnia miedniczki, to tu nie należy obawiać się jakiegoś większego naczynia. Jeżeli nawet przetniemy jakąś małą tętniczkę czy żyłkę, co może zdarzyć się przy separowaniu, to krwawiące miejsce obkłujemy i na tem powinno zakończyć się całe powikłanie. A obnażanie miedniczki z otaczającego ją tłuszczu ma niewątpliwie ujemne strony. Przedewszystkiem, obnażając miedniczkę, niszczymy odżywiająca ją otoczkę, narażamy więc chorego na dłuższe gojenie się, na trudniejsze wytwarzanie się blizny. Dalej — obnażając miedniczkę z tkanek, które ją otaczają, pozbawiamy się niezmiernie

cennych punktów oparcia, jeżeli chodzi o uprzystępnienie jej sobie, czy też o szycie. Wiadomo, skoro kamienie wytwarzają się w miedniczce, warstwy tłuszczu, które bezpośrednio przylegają do niej, podlegają nacieczeniu, tkanki twardnieją pod wpływem drażnienia, jakie wywołuje kamień. Jednym słowem — wytwarza się peripyelitis sclerolipomatosa. W przypadkach zardawnionych te zapalne tkanki mogą tworzyć przeszkodę do zabiegu, utrudniając dostęp do miedniczki. Ale jeżeli ten zapalny stan jest słabo wyrażony, wtedy tkanki otaczające miedniczkę są cennym nabytkiem czy to przy wyjmowaniu kamienia, czy obszukiwaniu miedniczki, kielichów i moczowodu, w końcu przy samym szyciu. Ujmując bowiem szczypczykami za brzegi rany miedniczki nieobnażonej, z daleko większą łatwością możemy wydobyć z niej kamień, zrewidować drogi moczowe, nie narażając miedniczki na rozerwanie; w końcu zachowanie otoczki tłuszczowej niepomierne ułatwia nam nakładanie szwu, unikamy bowiem szwów dziurawiących śluzówkę, możemy nałożyć je dokładniej nawet w 2 piętra, a więc z pewnością z lepszym skutkiem. K. przypuszcza, że gdyby w omawianym przypadku nie oddzielał otoczki tłuszczowej od miedniczki, lecz wprost przeciął ją poprzez otaczające ją tkanki, nie nastąpiłoby rozerwanie miedniczki, a szycie nie byłoby połączone z takimi trudnościami.

Leśniowski stwierdza, iż pyelotomia zyskuje u nas coraz większe prawo obywatelstwa. W sprawie nieobnażania miedniczki z tkanki tłuszczowej, L. nie zgadza się z postulatem Kielkiewicza, chyba w tych przypadkach, gdzie miedniczka sterczy na zewnątrz i kamień jest duży. Inaczej sprawa przedstawia się, gdy miedniczka znajduje się głębiej i zawiera mały kamień — tam cięcie poprzez tłuszcz byłoby ryzykowne, a zwłaszcza przy miękkich kamieniach. Co do zaszywania miedniczki, to przetoki o tyle możemy się obawiać, o ile przypuszczamy niedrożność moczowodu. Po rozdarciu miedniczki należy wykonać plastykę sposobem Payra.

Kryński przypomina, iż w swoim czasie demonstrował dwa przypadki pyelotomiae. Pyelotomia spotyka się często z dwoma zarzutami: a) daje mały dostęp i b., łatwo pozostawia przetoki. Co do pierwszego zarzutu, to trzeba zaznaczyć, że pyleotomię łatwo można przeprowadzić w nephrotomię poprzeczną; co zaś do drugiego zarzutu, to wogóle przetoki goją się dobrze, kanieczne jest tylko dokładne zeszywanie miedniczki. W sprawie postulatu Kielkiewicza Kr. zaznacza, że nie należy ekstyrpować tłuszczu, a tylko rozsunąć go — wówczas niknie obawa przed *cavitè morte*. Cięcie na tylnej powierzchni miedniczki jest najlepsze.

Oderfeld uważa, że nefrotomia w każdym razie nie straci racji bytu, bo bardzo duże i liczne kamienie w mięszu nerki nie dadzą się usunąć per pyelotomiam; zgadzając się z Kielk. co do ważnego znaczenia torebki tłuszczowej dla miedniczki, porównywa tę torebkę z krezką dla kiszek, lecz nie zgadza się na przecinanie na ślepo przez tłuszcz, tembardziej że można wykonać tylko linijne cięcie samej torebki, co zastosował w swoich 3-ch przypadkach. Przy zeszywaniu miedniczki udaje się nałożyć tylko 1-piętrowy szew, oraz jedno piętro na tłuszcz. Plastyka Payra bardzo rzadko udaje się.

Czarkowski sześć razy wykonał pyelotomiam ideałem i nigdy nie miał przetoki, choć w 3-ch przypadkach mocz był bardzo zakażony. Dużo tu zależy od techniki nakładania szwów, należy bowiem zeszywać miedniczkę na wzór szwu kiszkowego; torebki tłuszczowej nigdy nie odłuszczać, tłuszczu nie zeszywa. Przy podniesieniu T⁰ często wystarcza 1-razowe przemycie miedniczki.

Leśniowski zwraca uwagę, że duże kamienie miedniczki nie mogą samoistnie opuszczać się niżej, małe zaś kamyki mogą przesunąć się do moczowodu, nawet do pęcherza moczowego i wówczas nacięcie miedniczki stanie się bezcelowe. Aby uniknąć tej ewentualności, L. radzi w każdym przypadku wykonać rentgenogram w przeddzień operacji lub bezpośrednio przed operacją: na poparcie powyższych twierdzeń przytacza własny przypadek. W odpowiedzi Oderfeldowi, L. zaznacza, że przy małym kamieniu i miedniczka jest mała, przy dużym zaś kamieniu miedniczka jest rozciągnięta, więc i cięcie może być większe.

Oderfeld zapytuje Czarkowskiego o wyjaśnienie w sprawie zeszywania miedniczki na wzór kiszki.

Czarkowski odpowiada, że miał na myśli szew à la Lambert, lecz nie wielopiętrowy.

Borzymowski jest zwolennikiem przedniego cięcia miedniczki, ponieważ zeszywanie przy tem cięciu jest łatwiejsze. Miał 6 — 7 przypadków pyelotomiae bez przetok

2. *L. Krauze*. Przypadek wyluszczenia lewej połowy szczęki dolnej z powodu nowotworu. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na wynik kosmetyczny, jaki otrzymano po wyluszczeniu połowy szczęki dolnej, o ile nie dało się zachować choćby wąskiej blaszki kostnej u dolnego brzegu, a tembardziej połowy, następuje znaczne przemieszczenie pozostałej połowy szczęki, a blizna po zagojeniu się rany tak kurczy się, że zastosowanie wtedy protezy przedstawia znaczne trudności. Dla uniknięcia tej ewentualności porozumiał się K. z kolegą Gelbardem, który zrobił tymczasową protezę aluminiową, którą zastosowano natychmiast po operacji. Protezę tymczasową chora nosiła aż do czasu zabliznienia się rany, poczem Gelbard zastosował bez trudności stałą protezę, którą chora nosi. Wynik kosmetyczny, jak widać, zupełnie dobry.

Przypadek jest następujący: Chora, 25 lat mająca, przed pół rokiem spostrzegła owrzodzenie na stronie wewnętrznej lewej części szczęki dolnej. Owrzodzenie nietylko nie goiło się, lecz wciąż szerzyło się i wkrótce utworzył się guz dość dużych rozmiarów. Badanie wykazało, że guz twardej, bolesny zajmuje dużą część lewej połowy szczęki dolnej, zaczawszy od linii środkowej, rozszerza się w kierunku do kąta szczęki i przechodzi na błonę śluzową dna jamy ust. Gruczoły podszczękowe nieco powiększone, niebolesne. Operację wyluszczenia połowy szczęki lewej wykonał K. d. 6. grudnia 1912 r. Po 8 dniach usunął szwy. Rana zagojona per primam.

Gelbard podkreśla, że chory po wycięciu szczęki jest kaleką; kalectwo zwiększa się, jeżeli chirurg myśli tylko o samej operacji i nie konsul-

tuje wcześniej ze stomatologiem w kwestyi przyszłej protezy. W dalszym ciągu G. omawia stronę techniczną nakładania protez: tymczasowej i stałej.

Solman proponuje po rezeceyi wszczepianie sztucznej szczęki z kości słoniowej.

Kryński podnosi wynik kosmetyczny, osiągniędy w danym przypadku dzięki włożeniu protezy natychmiast po operacyi. Rydygier po rezeceyi szczęki wszczepił połowę obojczyka.

Stankiewicz Wł. zaznacza, że proteza ma doniosłe znaczenie i po złamaniu żuchwy, ponieważ protezą lepiej można wypełnić łuk dolnej szczęki, niż po zastosowaniu drutu.

Świątecki wspomina, że w jednym przypadku Oppel postąpił według Rydygiera, protezy jednak dają lepsze wyniki.

Krauze odpowiada, że autoplastyka tylko wtedy jest możliwa, jeżeli wykonane było wyluszczenie niezupełne.

3. *Kijewski Fr.* przedstawia 14-letniego chłopca, który w 8-ym roku życia uległ złamaniu process. styl. radii sin. Obecnie widać, że radius został wstrzymany w rozwoju, a ulna w dalszym ciągu rośnie: w rezultacie kończyna jest nadzwyczaj słaba, a ręka ustawiona jest pod kątem do linii przedramienia. Wobec oczywistej ewentualności, że z czasem ręka ustawi się pod kątem prostym do przedramienia, zachodzi pytanie, czy skrócić kość łokciową, czy osteoplastycznie wydłużyć kość przedramieniową, czy wreszcie zaniechać zabiegu operacyjnego, a leczyć tylko elektryzacją.

Stankiewicz Wł. radzi wykonać autoplastyczne wydłużenie kości promieniowej.

Łapiński zwraca uwagę na istniejące nadwichnięcie; najlepiej wyciąć kawałek kości łokciowej i dać odpowiedni przyrząd na czas dłuższy.

Zembrzuski radzi oprócz kości łokciowej skrócić także ścięgna.

Borzymowski widzi punkt ciężkości w samym stawie, którego formy już nie da się zmienić: należy otworzyć staw i ściąć wystający koniec kości łokciowej, a potem ustawić rękę prosto.

4. *Sawicki a)* przedstawia preparat chorej, zmarłej z powodu ropni przerzutowych w wątrobie z punktem wyjścia najprawdopodobniej w owrzodzeniu żołądka.

M. R. lat 56, urodziła bez powikłań 8 razy i żadnych cięższych chorób nie przechodziła. Przed 3-ma miesiącami dostała bólów w górnej części brzucha, poczem wystąpiła gorączka i żółtaczką. Po 4-ch tygodniach żółtaczką ustąpiła, gorączka jednak trwała dalej; bóleści, jakkolwiek słabsze, chora miewała prawie codziennie, w rozmaitych porach dnia, niezależnie od ruchu lub jedzenia. Po jedzeniu występowały tylko odbijania. Chora mocno wychudła i osłabła. W lutym r. b. zapisała się do oddziału D-ra Chełmońskiego, skąd z rozpoznaniem zapalenia dróg żółciowych była przepisana do oddziału S.

Chora wyniszczona, tętno 120, ciepłota wieczorami 38,3 do 39. W ciągu paru dni ostatnich dreszcze. Wątroba duża, wystaje z pod łuku żebrowego; pod nią bezpośrednio wymacuje się wał poprzeczny nierówny, twarde, na ucisk bolesny, czyniący wrażenie naciezionej sieci i poprzeczniczy,

sklejonych z wątroba. Wał ten tworzy wypuklenie na powierzchni brucha, rzucające się w oczy odrazu. Górna granica wątroby nieco podniesiona. W dolnych częściach płuc rżenia wilgotne. Rozpoznano ropne zapalenie dróg żółciowych, wywołane obecnością kamieni.

Cięciem, równoległym do łuku żebrowego, S. otworzył jamę brzuszną i znalazł wątrobę, wystającą na 4 poprzeczne palce od łuku żebrowego. Powierzchnia wątroby nierówna z zagłębieniami (cirrhosis hepatis). Na prawym płacie wątroby w pobliżu brzegu wolnego wystaje kilka niewielkich guzków żółtawych, mających wygląd małych ropni; największy z nich ma wielkość małego orzecha laskowego. Tuż pod płatami wątroby leży poprzecznicza, sieć i żołądek, mocno spojone z wątrobą. Kierując się wcięciem wątroby, z trudnością odszukano i wyseparowano — przeważnie nożem — pęcherz żółciowy. Jest on nieduży, cały otoczony zrostami, kamieni nie zawiera. Foramen Winslowi zarosnięte, przewód pęcherzowy i wspólny pokryte starymi zrostami. Kamieni w nich wyczuć nie można. Otworzono pęcherz żółciowy; wypłynęło nieco na oko niezmienionej żółci. Zgłębnik dochodzi do ductus choledochus, opierając się tuż przy nim o fałdę śluzówki. Żołądek na dużej przestrzeni przyrośnięty mocno do dolnej powierzchni lewego płata wątroby. Trzustka duża, twarda, wydaje się nacieczoną. Podejrzewając w niej główne ognisko choroby, podwiązano na przestrzeni kilku centymetrów wiąz żołądkowookrężniczy i przecięto, poczem obnażono trzustkę. Jest ona twarda, bardzo mocno ukrwiona, lecz ognisk ropnych nie zawiera. Wprowadzono sączek w górną część przewodu pęcherzowego, pas gazy doprowadzono do trzustki, która krwawiła dość żywo miąższowo. W końcu podwiązano i odcięto część prawego płata wątroby z guzikami. Na przecięciu ukazały się rzeczywiście drobne ropnie.

Badanie ropy, dokonane przez Gryglewicza, wykazało: śluz w dużej ilości, leukocyty znacznie zwyrodniałe w ilości umiarkowanej (40 — 50 na polu widzenia), wreszcie — znaczną ilość paciorkowców. Na podłożach wyrósł krótki paciorkowiec. Chora żyła dwa dni po zabiegu; w ciągu tego czasu przez sączek do butelki wydzielala się niewielka ilość na oko niezmienionej żółci. W objawach wyczerpania, słabego tętna i gorączki (T^0 39^o) chora zmarła.

Sekcja wykazała: wątroba na całej przestrzeni zawiera liczne małe ropnie. Pęcherz żółciowy i przewody mają ściany wyraźnie zgrubiałe, zawierają umiarkowaną ilość żółci. W pęcherzu żółciowym na przejściu w przewód pęcherzowy na śluzówce blizna, jakby po dawnym owrzodzeniu. Żołądek na dużej przestrzeni przyrośnięty do lewego płata wątroby. Po oddzieleniu zrostów znajdujemy spory ropień, zawierający około łyżki ropy, leżący pomiędzy żołądkiem a wątrobą. Ściana żołądka w tem miejscu ani większego nacieczenia, ani przedziurawienia nie przedstawia. Pokrywająca żołądek śluzówka w kilku miejscach podminowana małymi ropniami podśluzówkowymi, przeważnie za pomocą małych otworów łączącymi się ze światłem żołądka. W okolicy małej krzywizny żołądka w pars praepylorica znajdujemy małe owrzodzenie śluzówki, otoczone tkanką bli-

znową. Dno owrzodzenia twarde i śladów przedziurawienia nie przedstawia. W pobliżu tego miejsca leżał ropień wyżej opisany, znajdujący się pomiędzy wątroba a żołądkiem. W poprzecznicy na śluzówce kilka małych okrągławych owrzodzeń, sięgających do mięśniówki. Śluzówka wokoło owrzodzeń szyfrowo zabarwiona i nieco podminowana, jakkolwiek nie tak daleko, jak w żołądku. Większych zrostów kiszki z narządami sąsiednimi w okolicy tych owrzodzeń nie znaleziono. Trzustka duża, twarda, ze znacznym rozrostem tkanki łącznej. Punktem wyjścia ropnicy w danym przypadku, zdaniem S., nie była wątroba, pomimo że niechybnie znajdowały się tam kamienie na początku cierpienia. Trudno przypuścić, by za taki punkt posłużyły owrzodzenia w poprzecznicy. Brak zrostów z sąsiednimi narządami w okolicy tych owrzodzeń, wygląd samych owrzodzeń przemawiał raczej, że i one powstały niedawno. Nawet obecność w ropie ropni wątrobowych ziarenkowców i paciorkowców zamiast bakterium coli w znacznym stopniu przemawia przeciwko temu przypuszczeniu. Wobec tego należy przypuścić, że najprawdopodobniej owrzodzenie żołądka nawet bez przedziurawienia tegoż wywołało powstanie ropnia pomiędzy żołądkiem i wątrobą, a następnie dalsze rozsianie się zakażenia.

Sawicki b) przedstawia preparat wyrostka robaczkowego, wypełnionego całkowicie kamieniem kałowym.

M. W., panna, lat 21, w marcu 1912 r. przechodziła ciężki napad zapalenia wyrostka robaczkowego i była w napadzie operowana. Cięciem nad więzłem Pouparta opróżniono ropień, wyrostka nie usuwano. Po kilkotygodniowym leczeniu nastąpiło zagojenie zupełne. Pacjentka miała potem jeszcze dwukrotnie niewielkie bóle w okolicy ślepej kiszki, nadto co pewien czas miewała stan podgorączkowy. W lutym 1913 r. S. operował chorą ponownie i znalazł, obok zrostów kiszki ślepej i sieci z przednią ścianą brzucha, wyrostek robaczkowy, przyklejony do dołu biodrowego. Wyrostek miał kształt wrzecionowaty, długość 5 cm. i był prawie zupełnie oddzielony od kątnicy. Jedyne tylko cienki łącznotkankowy sznureczek łączył ze sobą oba te twory. Krezka wyrostka była zgrubiała, krótka i mocno zrośnięta z otrzewną dołu biodrowego. Kreskę tę podwiązano i wyrostek oddzielono. Zawierał on jeden duży kamień kałowy, całkowicie i szczelnie wypełniający całe światło wyrostka.

W. DOBROWOLSKI.

Posiedzenie dnia 10 kwietnia 1913 r.

1. *Szerszyński*: przedstawienie okazu lymphosarcomatis colli.
2. *Sawicki*: przedstawienie rentgenogramu kamieni żółciowych, oraz samych kamieni.
3. *Stawiński*: przedstawienie chorego po obcięciu wierzchołków łozrzeni zębowych.
4. *Bursche*: wrażenia z wycieczki naukowej do Ameryki Północnej.

1. *Szerszyński*, nawiązując przemówienie z pokazem chorego z guzem na szyi, przedstawionego przed 3 miesiącami, kreśli dalszy przebieg cier-

pienia. Wobec mocnych bólów, jakie wywoływał guz na szyi, zdecydowano go usunąć. Podczas zabiegu, wykonanego przez Dra Sawickiego, przekonano się, że guz zlewał się z górną połową mięśnia sutkowomostkowo-obojęzycznego oraz z mięśniami pochyłymi i po części kapturowym, przeraślał je. Tworzyła go tkanka szara, twarda, krucha. Wobec blizkiego stosunku guza do naczyń i nerwów o doszczętności zabiegu nie mogło być mowy, usunięto tylko bardziej powierzchowną, większą część guza. Badaniem drobnowidzowym stwierdzono, że był to mięsak (lymphosarcoma).

Chory przez pewien czas po zabiegu czuł się lepiej, gdyż ustąpiły bóle w szyi, wkrótce jednak zaczął słabnąć, wystąpiła lekka żółtaczką. Jednocześnie zwrócono uwagę na powiększenie wątroby i nierówności na jej powierzchni. W ciągu następnego miesiąca stan chorego wciąż podupadał, żółtaczką wzmogła się, powiększenie wątroby stawało się coraz bardziej wyraźne, wreszcie nastąpiło zejście śmiertelne z powodu charłactwa. Badanie pośmiertne wykazało prócz guza na szyi i w czepcu ścięgowym na czaszce liczne przerzuty w wątrobie i trzustce. Te ostatnie miały zabarwienie szare, spoistość twardą i wielkość od orzecha włoskiego do pięści. Podobne guziki znaleziono w nerkach i na kręgosłupie (w więzach i okostnej). Badanie drobnowidzowe guza z wątroby potwierdziło rozpoznanie guza z szyi.

2. *Sawicki B.* przedstawia rentgenogram kamieni żółciowych oraz te kamienie, usunięte drogą operacyjną.

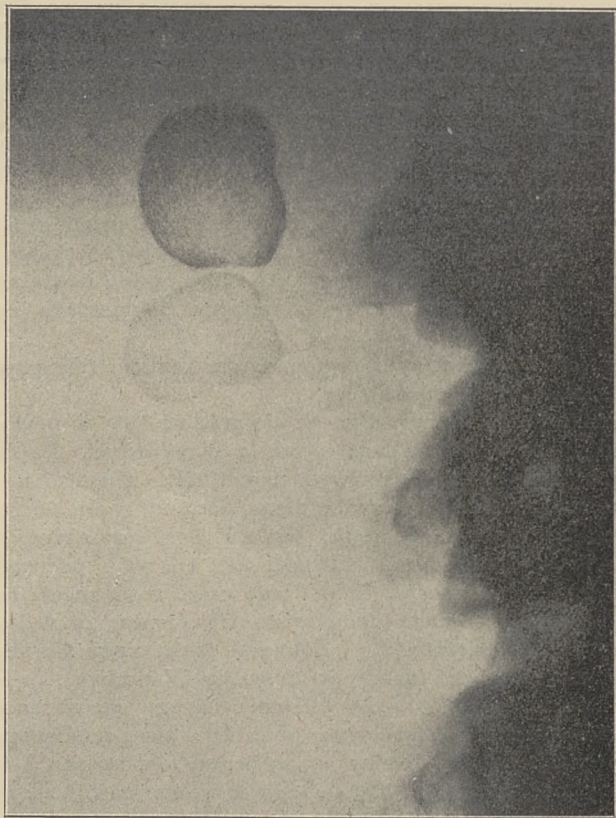
Pacjentka S. T., lat 27, od 10 lat cierpała na bóle w prawym podżebrzu. Przed 5 laty wyszła za mąż, urodziła dwoje dzieci. Po każdym porodzie występował silny, długotrwały napad bólu. Od dwóch lat bóle są mniej gwałtowne, lecz za to prawie stałe, a pozatem chora poczęła gorączkować. Ciepłota wieczorami często bywała 38° , a trzy okresy były takie, że chora miewała wieczorami powyżej 39° . Od roku pacjentka prawie stale miewa po $37,5^{\circ}$. W ciągu całego tego czasu rozpoznanie lekarzy wahało się pomiędzy kamieniami żółciowymi, cierpieniem prawej nerki i za paleniem wyrostka robaczkowego. Żółtaczki chora nigdy nie miała.

W ostatnich czasach chora przybyła do Warszawy i tu rozpoznano ostatecznie kamienie żółciowe. Do ustalenia takiego rozpoznania przyczynił się w znacznym stopniu wykonany przez Dra Judta rentgenogram, który wykazał obecność dwóch kamieni w pęcherzu żółciowym. Z tych jeden, jak załączony obraz przedstawia (patrz rys. na str. nast.), zarysowuje się wyraźniej, drugi zaś, leżący pod tymym, słabiej. Obadwa mają obwódkę ciemniejszą, niż środek.

Badanie chorej wykazywało: pacjentka wysoka, szczupła, wyniszczona. Prawa nerka powiększona, twardsza, znacznie ruchoma, tak że ją można przesunąć do okolicy pępkowej. Mocz nic szczególnego nie przedstawia. Przy pewnym ułożeniu chorej, pośredniem między leżeniem na wznak i na lewym boku, znajdujemy pod wątrobą okrągławe ciało twarde wielkości brzoskwini, wrażliwe na ucisk, które łatwo wyslizguje się z pod palców, zapada wgłęb, i wówczas już go wyczuć nie można. Wątroba nieco

opuszczona, miękka, na całej przestrzeni niebolesna. W innych narządach wewnętrznych nic nie znajdujemy.

D. 29 marca 1913 r. wykonano operację. Cięciem, równoległym do łuku żebrowego, przecięto cienkie powłoki brzuszne. Uniósłszy do góry płat wątroby, który zresztą nie przedstawiał nic szczególnego, znajdujemy pod



nim pęcherz żółciowy, szczelnie wypełniony kamieniami. Poza jednym pasmem sieci, przyrośniętem do dna pęcherza, innych zrostów w tym miejscu nie było. Ściana pęcherza umiarkowanie zgrubiała. Zgrubienie to zwiększa się w miarę zbliżania do przewodu pęcherzowego. Przewód pęcherzowy i przewód żółciowy wspólny pokryty zrostami, które mocno je spajają z więzmem watrobowodwunastnicowym. Zresztą bez wielkich trudności udało się te zrosty usunąć i przewody wyseparować. Teraz można było

dokładnie obmacać przewody i stwierdzić, że kamieni one nie zawierają. S. z łatwością oddzielił pęcherz i przewód pęcherzowy od wątroby. Okazało się, że przewód pęcherzowy był wyraźnie zgrubiały, twardy, bliznowaty na początku; natomiast część jego przyśrodkowa widocznych zmian nie przedstawiała. Toż samo i ściana wspólnego przewodu żółciowego wyglądała prawidłowo. Wobe tego S. postanowił dróg żółciowych nie sączykować, nadciął otrzewną w połowie długości pęcherza i wyłuszczył z kaptucha otrzewnowego pęcherz i cały przewód pęcherzowy aż do miejsca jego połączenia z przewodem wspólnym. Teraz podwiązał i przeciął przewód pęcherzowy, usuwając go całkowicie bez otwierania. Otrzewną luźno zeszyto szwem strunowym ponad kikutek, wprowadzono do tego miejsca pas gazy wioformowej. Ranę brzuszną zaszyto z pozostawieniem rozporaka dla gazy. Po operacji chora początkowo gorączkowała i dopiero po kilku dniach, gdy po usunięciu pasa gazy wylała się obfita ilość płynu ropno-krwawego, ciepłota opadła do normy. Rana zagoiła się zupełnie bez powikłań. Usunięty pęcherz przedstawiał ścianę zgrubiałą i zawierał 2 kamienie większe (każdy wielkości dużego orzecha tureckiego) i 11 małych. Płynnej żółciowości zawartości było b. mało. Kamienie większe składały się przeważnie z cholestearyny i miały na obwodzie otoczkę twardszą, która na rentgenogramie przedstawia się pod postacią ciemnej obwódki.

Judt. Rozpoznanie rentgenograficzne kamieni żółciowych udaje się w niewielkiej odsetce przypadków. Notowane są ledwie pojedyncze przypadki (Beck, Mauclaire, Albers-Schönberg, Gottschalk, Mathias, Beclère, Pfahler, Desternes, Ersell).

Kamienie te słabo są uchwytny ze względu na małą domieszkę soli nieorganicznych. Według Plauta i Kékulé, złożone są one z 90,72% cholestearyny, a ledwie z 0,28% związków nieorganicznych. Nieco więcej soli takich znajdujemy w kamieniach barwnikowych, chociaż za mało dla promieni Roentgena. Najwięcej soli nieorganicznych zawierają złogi, nie tworzące się z żółci, lecz powstające, jako wytwór cierpienia zapalnego. Kamienie takie posiadają przeszło 70% węglanu wapnia, 13% fosforanu wapnia, 3% tlenku żelaza. Niekiedy wreszcie związki wapnia otaczają, jak skorupa, ośrodek cholestearynowy.

Te oto kamienie, rzadkie jako postać anatomopatologiczna—uchwytny być mogą w rentgenografii. Dużą rolę pomocniczą odgrywa technika nowoczesna, mianowicie — nader krótka ekspozycja i wysoka skala t. zw. promieni miękkich.

Pokaz trzech przypadków własnych. Jeden z nich był operowany. Szczegóły bliższe będą podane po dokonaniu rozbioru chemicznego.

Czy i czyste kamienie cholestearynowe uwydatniać się będą mogły na kliszy, trudno jest obecnie na to odpowiedzieć. Wiemy, że niekiedy w niektórych stanach chorobowych gęsta żółć posiada wysoki ciężar gatunkowy, nie mniejszy, aniżeli kamienie cholestearynowe.

W przypadkach udatnych pamiętać musimy o mylnych źródłach roz-

poznawczych. Mylić nas mogą, między innymi, złogi wapienne w ścianach pęcherza żółciowego.

3. *Stawiński* przedstawia 32-letniego mężczyznę po wycięciu częściowym korzeni pięciu zębów dolnych z zachowaniem koron. We wrześniu r. z., składając wówczas egzamina w Dorpacie, chory doznał bólu i obrzmienia zapalnego żuchwy w okolicy siekaczy pod językiem; przedtem na zęby nie chorował wcale i wogóle był zdrow.

Po kilku dniach powstał tam ropień, otworzony przez lekarza, lecz nie powstrzymało to sprawy zapalnej, szerzącej się po żuchwie, jak również ponowne nacięcia, i dla tego zaproponowano choremu usunięcie czterech dolnych siekaczy i prawego kła. Chory nie zgodził się na to i wrócił do Warszawy w stanie następującym: Odrażający zapach i wydzielina cuchnąca, ropiasta z jamy ustnej; podbródek wystaje wskutek obrzmienia przedniej zwłaszcza powierzchni żuchwy; dolny brzeg żuchwy na dotyk bolesny nieznacznie. Zęby przednie są wszystkie, nie uszkodzone nigdzie w koronach lub szyjach, lecz ruszają się one jak klawisze w rozpulchnionem dźwięśle. Było to zatem zapalenie okostnej i kości środkowej części żuchwy. Zdjęcie rentgenowskie wykryło, że wierzchołki korzeni są bardzo cienkie, o nierównym konturze. Chory wyniszczony wskutek utrudnionego odżywiania i stałej gorączki.

W październiku S. wykonał w znieczuleniu nowokainowem operację, polegającą na przecięciu śluzówki w fałdzie pomiędzy żuchwą a wargą; uwydatniła ona rozległe i głębokie zniszczenie kości przez ziarninę, drażącą po za korzeniami zębowymi na tylną powierzchnię żuchwy. Mimo te zmiany, S. próbował ocalić zęby, odcinając kleszczami kostnymi tylko wierzchołki ich korzeni, pozostawiając korony z częścią korzeni na miejscu; pozostała po wyskrobaniu ziarniny i usunięciu nierówności gładka jama kostna została wytamponowana.

Stopniowo zęby przestały chwiać się w miarę gojenia się owej jamy, z wyjątkiem prawego siekacza, który ruszał się w dalszym ciągu i bolał przy próbach gryzienia; z dźwięśle pod nim wyciskała się niekiedy ropa. Wobec tego w styczniu S. usunął z pod dźwięśle niewielkie ognisko ziarniny, pod i poza tym zębem położone. Podczas jej wyskrobywania ząb ów wypadł zupełnie, lecz został osadzony ponownie na dawne miejsce po dokładnem wyczyszczeniu zębodołu. Od tej pory i on przyrósł ostatecznie, i chory gryzie wszelkie pokarmy bez bólu. Korony tych zębów nie różnią się obecnie od innych ani barwą, ani poziomem. Badanie rentgenowskie stwierdza brak częściowy korzeni w dalszym ciągu.

4. *Bursche* wygłosił odczyt p. t. „Wrażenia z wycieczki naukowej do Ameryki Północnej“.

Posiedzenie dnia 9 maja 1913 r.

1. *Zembrzuski L.* Pokaz guza serowatego mózdzku.
2. *Czarkowski J.* Przedstawienie chorej po operacyi ileocolostomiae.
3. *Drozdowicz.* Pokaz rentgenogramów: a) kamieni żółciowych, b) płodów w różnych okresach ciąży prawidłowej i pozamacicznej.
4. *Kiełkiewicz.* Pokaz kamienia miedniczki nerkowej.
5. *Solman.* Pokaz ciała obcego, usuniętego z przelyku per oesophagotomiam externam oraz rentgenogramu po zeszyciu rzepki.
6. *Kijewski F.* Pokaz aparatu zębowego, wydobytego z przelyku per oesophagotomiam externam oraz pokaz płodu, wydobytego per laparotomiam — po 19-miesięcznej ciąży.
7. *Krause.* Leczenie operacyjne wypadnięcia odbytnicy.

1. *Zembrzuski L.* przedstawia mózg dziewczynki 12-letniej, otrzymany przy sekcji, z guzem serowatym mózdzku. Chora od roku dotknięta ślepotą oka lewego, zapaleniem zaś nerwu wzrokowego prawego od kilku tygodni oraz innymi objawami, świadczącymi o guzie mózdzku, poddana została najpierw trepanacyi zwalniającej na stronie prawej. Po tym zabiegu nastąpiła pewna poprawa objawów podmiotowych, natomiast zmian w stanie wzroku nie zauważono; wystąpiło porażenie połowiczne lewostronne i znaczne wypadnięcie mózgu przez otwór w czaszce, pomimo zastosowania zabiegu Krausego. Przekłucia łądźwiowe i komory bocznej pozostały bez wyniku. W 7 tygodni potem Z. przystąpił do operacyi doszczętej w tylnej jamie czaszkowej. Ponieważ objawy przemawiały za umiejscowieniem guza raczej w lewej części mózdzku, zatem wytrepanowano kość potylicową w okolicy lewej półkuli tego narządu, przeszedłszy jednak i poza linię środkową na parę centymetrów. Kość wycięto zupełnie. Po tej części zabiegu wystąpiła zapaść, tak iż dalszego aktu operacyi zaniechano; Z. wykonał tylko nakłucia w różnych miejscach mózdzku — bez wyniku. Płat skórny przszyto. Śmierć nastąpiła w niespełną godzinę po operacyi. Na sekcji okazało się, że na miejscu robaka istniał guz wielkości jaja kurzego, który okazał się przy dalszem badaniu guzem serowatym (*tuberculum solitare*).

2. *Czarkowski J.* przedstawił chorą, pannę lat 19-tu, której wykonał połączenie jelita krętego z poprzecznicą z powodu stałych bólów, połączonych z przelewaniem się w okolicy kiszki ślepej. Operacya powyższa była czwarta z rzędu. Pierwsza była wykonana przed paru laty z powodu appendicitis, druga $\frac{1}{2}$ roku później z powodu stałych bólów w prawej połowie brzucha. Trzecią operacyę wykonał Czarkowski przed rokiem, usuwając rozległe zrosty pomiędzy siecią a kiszką ślepą i jelitami w prawym dole biodrowym. Po tej operacyi w ciągu 5 miesięcy chora czuła się dobrze, lecz później znów wystąpiły okresowe bóle, raz — dwa razy w tygodniu, a z biegiem czasu coraz częstsze, co zmuszało chorą do stosowania wstrzykiwań morfiny. Bóle te były połączone z uczuciem przelewania się i roz-

sadzania w prawym dole biodrowym. Wszelkie zabiegi, jako to masaże, hydroterapia, elektroterapia, wstrzykiwania fibrolizyny nie dawały żadnych wyników dodatnich. Wobec tego Czarkowski wykonał 4-tą operację połączenia kiszki krętej z poprzecznicą (ileocolostomia). Po tym zabiegu dolegliwości wszelkie zginęły. Po 2-ach miesiącach po operacji chorej przybyło 20 funtów. Na zasadzie powyższego przypadku Czarkowski proponuje dyskusję: Jak trzeba operować, ażeby nie wytwarzały się zrosty w jamie otrzewnej?

Leśniowski mówi, iż demonstrowaną chorą w swoim czasie zoperował z powodu appendicitis i usunął jej wyrostek robaczkowy. Ponieważ jednak chora po pewnym czasie znów zaczęła uskarżać się na dokuczliwe bóle, przeto L. powtórnie wykonał jej laparotomię, przyczem znalazł zrost w okolicy prawych przydatków, w których była torbiel jajnikowa wielkości mandarynki, którą usunął. Pomimo to jednak chora w dalszym ciągu uskarżała się na bóle, które, zdaniem K., mają podłoże histeryczne.

3. *Drozdowicz* demonstruje rentgenogramy: a) kamieni żółciowych, b) płodów w różnych okresach ciąży prawidłowej i pozamacicznej. Zdjęcia kamicy żółciowej zasługują na uwagę ze względu na rzadkość dostępności tych złogów dla metody prześwietlań, a to wskutek ich składu chemicznego: cholesteryna i cholecystyna tak słabo absorbują promienie X, że tylko w razie znacznej domieszki wapna mogą być uwidocznione na kliszy. Chociaż wynik badania rentgenowskiego nie był w danym przypadku stwierdzony ani drogą sekcji, ani operacji, wszakże wyrazistość obrazu i jego umiejscowienie nie nasuwa żadnych wątpliwości. Klinikista podejrzewał kamice żółciową — chora skierowana była jednak dla zbadania nerek co do ewentualności złogów.

Możność wykazania obecności płodu w macicy — ewentualnie poza nią — uwarunkowana jest okresem ciąży i zależnym od niego stopniem zwapnienia szkieletu dziecka. Dopiero w trzecim miesiącu można otrzymać wartościowe pod względem rozpoznawczym rentgenogramy. Demonstrowane zdjęcia przedstawiają płód w siódmym miesiącu ciąży prawidłowej i w 18-ym miesiącu graviditas extrauterina.

4. *Kietkiewicz* opisuje przypadek kamieni w miedniczce nerkowej, usuniętych za pomocą cięcia miedniczki. Przypadek dotyczy 52-letniego mężczyzny J. S, który w październiku r. z. raptownie dostał bólów w podżebrzu prawem. Od tej chwili napady bólów występują co 1 — 2 tygodnie, niekiedy w połączeniu z wybitnymi krwawieniami. Poza bolesnością w okolicy nerki prawej, zresztą niewyczuwalnej, nic więcej nie wykrywa się. Mocz o c. g. 1014, zawiera mocznika 17⁰/₁₀₀, chlorków 7⁰/₁₀₀, ślad białka, w osadzie ciała ropne 10—15 w polu widzenia. Zdjęcie rentgenowskie wykazało b. wyraźny obrys nerki i jeden cień, leżący na wewnątrz od nerki, drugi mniejszy nieco wyżej i na zewnątrz od pierwszego. Mając obrys nerki i stosunek cienia do tej ostatniej — rozpoznanie pyelitis calculosa nie nastęrczało najmniejszych wątpliwości. Czynność nerek K. zbadat za pomocą chromocystoskopii, a mianowicie — wstrzyknął w poślądki 20 cm.³ roztworu indygarminu i następnie, wprowadziwszy wziernik do pęcherza, obserwował

po ilu minutach od wstrzyknięcia zacznie wydobywać się barwnik z nerek. Z lewej nerki po 12 min. zauważono piękne ciemnoniebieskie wstęgi, natomiast z prawej dopiero po 55 min. pokazały się nikle niebieskie obłoczki.

Po upewnieniu się co do wystarczającej czynności lewej nerki K. 11 kwietnia przystąpił do zabiegu. Cięcie tylnoboczne. Wyważenie nerki połączone z wielkimi trudnościami z powodu wybitnego perinephritis. Po uprzystępnieniu sobie tylnej powierzchni miedniczki K., nie oddzielając tłuszczu, okalającego ścianę miedniczki, wykonał nacięcie podłużne, idąc na kamień poprzez wszystkie tkanki; kamień wydobyto kleszczykami. Następnie wprowadziwszy wskaźnik przez cięcie miedniczki wyczuł drugi kamień w dolnym kielichu, który z łatwością został wydobyty kleszczykami. Po zrewidowaniu moczowodu K. nałożył jedno piętro szwów, omijając śluzówkę. Ranę części miękkich od góry zaszył, od dołu włożył sączek. Trzeciego dnia po operacji usunięto sączek, siódmego szwy skórne, szesnastego chory wyjechał do domu zdrów. K. podkreśla szczególnie, dotyczący techniki operacyjnej, a mianowicie nieobnażanie miedniczki z otaczającego ją tłuszczu, który pod wpływem drażniącego działania kamienia twardnieje i ściśle zespala się ze ścianą miedniczki. Przy szyciu otoczka tu stanowi niezmiernie wartościowy nabytek.

Nawiązując do dyskusji, która miała miejsce na jednym z poprzednich posiedzeń w sprawie wyboru cięcia miedniczki, K. dodaje, że wszyscy chirurgowie unikają cięcia na przedniej powierzchni miedniczki z tego powodu, że tu spotykamy naczynia. A trzeba pamiętać, że naczynia te są końcowe, jakiegokolwiek więc uszkodzenie naczynia może wywołać obumarcie części nerki, komplikacji bardzo niepożądaney, bo wymagającej nawet usunięcia nerki.

5. *Solman* przedstawia 1) ciało obce, wyjęte z przełyku u 9-miesięcznego dziecka per oesophagotomiam externam; jako punkt orientacyjny dla otwarcia przełyku winien służyć brzeg m-li omohyoidei; 2) Rentgenogram po zeszytciu rzepki u 20-letniego mężczyzny, gdzie nałożył tylko 2 szwy z drutu aluminiumobronzowego.

Oderfeld zaznacza, że w klinice Payra kończynę po zeszytciu rzepki ustawiają pod kątem rozwartym.

W. Stankiewicz zastosował pierwszy raz szew kostny po złamaniu rzepki w r. 1883 według sposobu, jaki widział używanym przez W. Cheyne'a w Kings College Hospital w Londynie. Cięciem podłużnym przez środek otwiera się staw, obecne w nim skrzepy krwi usuwa się za pomocą gazy, poczem specjalnym borerem robi się otwór w kości, mniej więcej na 2 centymetry powyżej linii złamania, tak aby koniec jego wyszedł na powierzchni złamania tuż przy granicy chrząstki. Otworów takich robi się po 2 w górnym i dolnym odłamie rzepki, poczem przeprowadza się gruby, miękki drut srebrny, a po przyciągnięciu do siebie obu końców i zbliżeniu dokładnem powierzchni złamania, skręca się końce kilka razy, drut krótko obcina i wciska się skręcony węzeł w zagłębienie linii złamania. Następuje szew skóry i ułożenie kończyny w pozycji wyprostnej.

Przypadek operowany przez Cheyne'a był zadawniony, ze znacznem

oddaleniem od siebie obu odłamów wskutek retrakcji mięśni, oraz zarośnięciem obu powierzchni złamania strzępami okostnej i tkanki włóknistej. Wskutek tego trzeba było odpiłować wazkie paski, pokryte tkanką włóknistą, w celu zbliżenia czystych powierzchni kostnych do siebie, a nadto ze względu na trudność zbliżenia tych powierzchni zmuszony był operator nacinać ścięgno mięśnia 4-głowego uda i więz rzepki. Wynik operacji był pomyślny, zrost nastąpił dokładny i pacjent po upływie 6 tygodni zaczął chodzić.

Otóż pierwszy przypadek St. był identycznie taki sam, traktował go też w ten sam sposób, i pacjent po upływie 2-ch miesięcy mógł swobodnie chodzić i zginać kończynę w kolanie pod kątem rozwartym.

Jeszcze cięższy przypadek miał później u mężczyzny lat 52, gdzie po upływie 6-ciu miesięcy od złamania odłamy oddalone były od siebie na 5 cm. i powierzchnia złamana zarośnięta tkanką włóknistą. Po nałożeniu szwów i zbliżeniu odłamów, szwy przecięły tkankę kostną i odłamy rozeszły się zupełnie. Wtedy S. przeprowadził podwójny drut srebrny przez ścięgno mięśnia 4-głowego i więz rzepki tuż przy jej brzegu górnym i dolnym w ten sposób, że środek drutu znajdował się w stawie, a końce drutów po zbliżeniu odłamów skręcił na wysokości złamania i w miejscu tem zostawił otwór w skórze, w celu wyciągnięcia przezeń drutu po zrośnięciu się odłamów. Po 4-ch tygodniach zrost odłamów nastąpił, poczem drut został usunięty i pacjent wyleczył się z zachowaniem jednak pewnej sztywności w kolanie.

Z liczby 18 przypadków złamań rzepki, leczonych szwem kostnym, tylko te dwa były zadawnione i wymagały tak powiklanej operacji. W pozostałych, zwykle po przejściu objawów zapalnych, t. j. około 10 dnia po złamaniu, przystępuje S. do operacji i od dłuższego czasu używa tylko jednego szwu, gdyż przekonał się, iż jest on zupełnie dostateczny. Wszystkie operacje kończyły się przez rychłozrost, bez żadnych powikłań.

Po operacji układa kończynę w pozycji wyprostnej i trzyma ją tak przez 2 tygodnie. Następnie rozpoczyna systematyczne zginanie w stawie przez podkładanie pod kolano coraz wyższych poduszeczek z sietki, które w ciągu dnia wielokrotnie usuwają się i podkładają tak, aby podtrzymać ruchomość kolana. Następnie sadza się pacjenta na stole tak, aby kolano operowane znajdowało się na krawędzi, stopa zaś znajduje się w bucie, do którego przytwierdza się coraz większe ciężarki, wskutek czego kolano powoli i nieznacznie zgina się coraz łatwiej. Jednocześnie z tem wykonywa się systematyczny masaż, a w rezultacie pacjenci po upływie 4 — 6 tygodni mogą swobodnie chodzić i zginać kończynę pod kątem prostym z łatwością.

Kijewski dla zeszyca rzepki obnaża ją cięciem łukowatym, wyrównywa brzegi odłamów, nakłada cerclage, a oprócz tego kilka poprzecznych szwów strunowych. Jeden tylko szew poprzeczny nie wystarcza, zwłaszcza przy kruchej rzeponce,

6. *Kijewski* przedstawia 1) aparat zębowy, składający się z 3-ch zębów i płytki kauczukowej, który 22-letnia nauczycielka połknęła we śnie

przed 6-ma tygodniami. Aparat ten pozostawał w przełyku chorej w ciągu 4-ch tygodni, poczem wreszcie chora zapisała się do szpitala. Rentgenogram wykazał obecność aparatu na wysokości cartilaginis cricoideae. Próby wydobywania obcego ciała przez ezofagoskop pozostały bez wyniku, przeciwnie, ezofagoskop wepchnął aparat jeszcze niżej. Wobec tego, w uspieniu chloroformowem, K. wykonał oesophagotomiam externam bardzo niską. Górny brzeg aparatu znajdował się na wysokości 4-go pierścienia tchawicy, naokoło przełyku — ropienie. Aparat wyjęto, jamę wytamponowano, przez nos wprowadzono do żołądka sondę à demeure, szew częściowy rany.

2) Okaz płodu, wydobytego per laparotomiam. Przypadek ten dotyczy 26-letniej kobiety, od 8-miu lat zamężnej, która ostatnio zaszła w ciążę przed 19-ma miesiącami, według orzeczenia miejscowych lekarzy. W ciągu paru pierwszych miesięcy czuła ruchy płodu. Ciąża przebiegała bardzo nieprawidłowo i skutkiem tego chora zgłaszała się do wielu lekarzy o poradę. Po 18 miesiącach od początku ciąży przyjechała do Warszawy z rzekomym guzem jamy brzusznej. Badanie wykazało guz, sięgający wyżej pępka, przeważnie umiejscowiony z lewej strony brzucha. Przez powłoki brzuszne wyczuwa się oddzielne twarde części, jakby oddzielne części płodu. Macica niewielka, odsunięta na prawo, jednak w ścisłej łączności z guzem. Guz leży głównie poza macicą, a rentgenogram wykazuje obecność płodu w jamie brzusznej. K. wykonał cięcie brzucha 15 marca b. r.: usunięto płód wraz z błonami, naokoło płodu była ciecz wyglądu grochówki, płód rozmiaru 7-miesięcznego. Prawy róg macicy i prawy jajowód przecięto i podwiązano; płód przylegał do prawego boku i tyłu macicy, główna masa jego tułowia podchodziła pod S—Romanum, które oddzielono. Otrzewną zaszyto oprócz dolnego kąta rany, w który wprowadzono pas gazy, drugi pas pod otrzewną. Szew pozostałych powłok brzusznych. Po 10-ciu dniach pasy gazy usunięto, po 5-ciu tygodniach operowana została wypisana ze szpitala, jako zupełnie zagojona. Jest to zatem przypadek ciąży zewnątrzmacicznej, trwającej od 18 miesięcy.

Czesław Stankiewicz operował z zejściem pomyślnem dla chorej trzykrotnie ciążę zamaciczną donoszoną. W jednym przypadku usunął płód zamaciczny w kilka miesięcy po obumarciu. W drugim przypadku operował ciążę zamaciczną przy płodzie żyjącym; płód wydobyty żył trzy dni, zmarł z powodu ostrego zapalenia płuc na skutek zaziębienia przy przewiezieniu do kościoła dla chrztu w zimny i słotny dzień jesienny. Płód był rozwinięty zupełnie prawidłowo. W trzecim wreszcie przypadku S. operował chorą w 18 lat po obumarciu płodu. Worek płodowy zawierał kości płodu, pozbawione części miękkich, które podległy zupełnemu rozpadowi. Co dziwniejsze, iż pacjentka ta, nosząc w sobie płód zamaciczny, odbyła sześć porodów prawidłowych. Dopiero zaburzenia ze strony narządu moczowego (zatrzymanie moczu) zmusiły chorą do interwencji. We wszystkich tych przypadkach S. posługiwał się drogą cięcia brzuszego.

7. Krause przedstawił przypadek wypadnięcia odbytnicy, operowany sposobem Rehna-Delorme'a.

Chora 55-letnia cierpi na wypadnięcie odbytnicy od 3 lat. W ostat-

nich czasach odbytnica znajduje się bezustannie na zewnątrz i z trudnością daje się wprawić. Długość części wypadniętej 17 cm., obwód 30 cm. Błona śluzowa gdzieniegdzie owrzodzona. Po wprowadzeniu odbytnicy widać, że zwieracz zewnętrzny bardzo jest rozluźniony i kurczy się mało. Otwór wewnętrzny odbytnicy bardzo szeroki.

Operację wykonał dnia 31 stycznia 1913 r. w znieczuleniu miejscowym za pomocą $\frac{1}{2}\%$ roztworu nowokainy z dodatkiem adrenaliny. Dla uniknięcia krwawienia ściągnął wypadniętą część kiszki u podstawy za pomocą rurki gumowej. Krwawienie było minimalne. Naczynia widoczne podwiązał. Chora zniosła operację dobrze. Podczas wypróżnienia odbytnica nie wypada. Po kilku tygodniach przy silnem wydymaniu się pokazuje się w otworze stolcowym część odbytnicy, zwieracz dość rozluźniony i otwór kiszki szeroki. Wykonał więc K. plastyczną operację dna miednicy sposobem Hoffmanna. Obecnie po zagojeniu się rany kiszka odchodowa nawet przy silnem wydymaniu się nie wypada, zwieracz dobrze ściągnięty, lecz za pomocą palca wyczuwa się dość znaczne zwężenie na wysokości około 5 cm. od otworu stolcowego, które wymagać będzie metodycznego rozszerzania. Następnie Krauze wypowiedział odczyt odnośnie leczenia operacyjnego wypadnięcia odbytnicy, który został wydrukowany w niniejszym zeszycie Przeglądu Chirurgicznego i Ginekologicznego.

W. DOBROWOLSKI.

II. POSIEDZENIA GINEKOLOGICZNE.

Posiedzenie dnia 13 stycznia 1913 r.

1. *Wasilewski* przedstawił przypadek chłoniaka jamistotorbielowatego skóry i tkanki podskórnej u noworodka (lymphangioma cavernoso-cysticum). Chora J. Ch. mężatka, lat 25, przybyła do „Maternité“ o g. 4 $\frac{1}{2}$ rano dnia 30 grudnia 1912 r. Za mężem od lat 5. Urodziła 2 razy. Pierwszy poród samoistny, dziecko w położeniu czaszkowym, żywe. Drugi — położenie nóżkowe, dziecko nieżywe. Obecna ciąża trzecia z rzędu, płód donoszony.

Znajdujemy: chora wzrostu średniego, dobrze zbudowana, brzuch duży, wymiary miednicy prawidłowe, główka dziecka balotuje, tony serca wyraźne na wysokości pępka na lewej stronie. Bóle zaczęły się o godz. 11-ej rano 29 grudnia i były początkowo mocne i częste, po 12-tu godzinach osłabły i zrobiły się rzadsze, otwarcie ujścia macicznego na 3 palce, wody stoją. Dnia 30 grudnia o godz. 6 wieczór wody odeszły przy pełnem otwarciu, główka opuściła się, bóle ustały. Nazajutrz, t. j. 31 grudnia o godz. 2 m. 15 w nocy wstrzyknięto 1 ampulkę pituitryny (Parke—Davis), po 10 minutach zjawiły się słabe bóliki, które po 3-ch kwadransach ustały zupełnie.

O godz. 7 rano — główka w wyjściu, tony serca zwolnione i przytłumione. W celu ratowania dziecka postanowiono przyspieszyć poród i po zachloroformowaniu chorej nałożono kleszcze wyjściowe. Wyprowadzenie główki i lewej dolnej rączki nie przedstawiało trudności, lecz dalsze wydobywanie płodu natrafiło na nieznaną przeszkodę, utrzymującą płód in situ. Duża główka płodu i mocne wklonowanie się uniemożliwiały dokładne zbadanie wewnętrzne. Odprowadzając główkę ku dołowi, ile się da, stwierdzić było można, że prawe ramię dziecka mocno opiera się o spojenie łonowe, i nie poddaje się żadnym wysiłkom w celu uwolnienia go. W., przypuszczając, że ma do czynienia z guzem, lub też jakąś nieprawidłowością w rozwoju płodu, albo potworkiem, i nie widząc innego sposobu dokończenia porodu, postanowił przystąpić do rozkawalenia płodu.

Po odcięciu główki, przecięciu obojczyka i kilku żeber z prawej strony klatki piersiowej, udało się — uciskając na klatkę piersiową — palcem wejść pod prawą pachę i ostatecznie po pewnych trudnościach wydobyć prawą rączkę. Na wewnętrznej powierzchni ramienia wydobytej rączki usadowiony był guz miękki, wielkości zwykłej pomarańczy; po nacięciu tego guza wypłynęła ciecz czerwona, klarowna. Mając obecnie obiedwie górne kończyny wolne, W. mógł nieco dokładniej zbadać sytuację. Okazało się, że z pod pachy prawej wychodzi guz, spistości twardej (wskutek napięcia) wielkości w przybliżeniu głowy dziecka. Pociągając za obiedwie rączki ku dołowi — płód ostatecznie wydobyto. Po wydobyciu płodu nastąpiła atonia uteri, obfite krwawienie zmusiło W. usunąć łożysko ręcznie.

Przystępując do oględzin wydobytego płodu, stwierdzamy, że pod prawą pachą ku dołowi wzdłuż klatki piersiowej, zajmując jej całą boczną powierzchnię, usadowiony jest guz większy od głowy dziecka; spistość guza miękka, powierzchnia gładka. Skóra z powierzchni guza miejscami jest zdarta i wogóle bardzo łatwo daje się oddzielić. Guz daje słabe chębotanie, co pozwala przypuszczać, że ma się do czynienia z torbielą.

Drugi guz, znacznie mniejszy, zajmuje wewnętrzną powierzchnię ramienia prawie na całej przestrzeni od pachy ku łokciowi. Na dużym i wskazującym palcu tejże ręki widzimy po jednym małym guziku.

Biorąc pod uwagę miejsca usadowienia się guzów, można sobie wytłumaczyć te przeszkody i trudności, jakie przedstawiały one w porodzie. Po wyprowadzeniu główki — prawe ramię dziecka oparło się o spojenie łonowe i nie dawało się uwolnić dla tego, że między ramieniem a boczną powierzchnią klatki piersiowej spoczywały na sobie dwa guzy znacznej objętości. Ta sama okoliczność uniemożliwiała wydobywanie płodu w całości.

Badanie anatomopatologiczne wykazało, że guzy składają się z większych lub mniejszych torbieli już to komunikujących ze sobą, już też zamkniętych, wypełnionych gęstą krwawą cieczą przejrystą. Tkanka podskórna i skóra obrzęknięte i nacieczone płynem, łatwo wysączałym się od uciskania. Ściany torbieli są grubsze lub cieńsze o powierzchni gładkiej.

Badanie drobnowidzowe wykazuje mocno rozszerzone przestrzenie

chłonne, wypełnione chłonką, której białko pod wpływem alkoholu ścięło się. Cały wogóle guz składa się z jam, t. j. mocno rozszerzonych przestrzeni chłonnych. Jamy te znajdują się i pomiędzy gruczołami i brodawkami skóry, uciskając i rozsuwając je. W skrawkach z guza mniejszego (z ramienia) znajdujemy jamy wypełnione krwią, co mogłoby przemawiać na korzyść naczyniaka krwionośnego, nie zaś czloniaka.

Jednak po dokładniejszym badaniu przypuszczenie takie stanowczo wyłącza się, ponieważ w ścianach jam nie znajdujemy nawet śladów mięśni gładkich, które zawsze można znaleźć w ścianach naczynek, jako pochodzących z naczyń krwionośnych, a więc posiadających ściany o budowie grubszej.

Na korzyść limfatycznego pochodzenia guzów przemawia również obecność skrzeplej limfy, jako też i samo usadowienie się: guzy te zajmują zwykle u dzieci cały bok, przechodzą na szyję, ramię, palce i t. p., usadawiają się wzdłuż dróg limfatycznych. Charakterystyczną cechą jest także i łatwe oddzielanie się skóry ze ścian torbieli chłonnych, która pod tym względem przypomina skórę żaby, fizjologicznie bardzo łatwo ściągana.

W danym więc przypadku obecność krwi w przestrzeniach chłonnych jest pochodzenia mechanicznego: iniekcya i wylewy wskutek urazu przy wysokim napięciu wewnątrz guzów podczas pociągania. O ile chłoniak naczyniaka krwionośny należy do niezmiernie rzadkich guzów u dzieci, o tyle chłoniaki skóry i tkanki podskórnej spotykają się dość często, jakkolwiek nie należą do zjawisk codziennych. Płody obdarzone chłoniakami nie są zdolne do długiego życia i zwykle wskutek charłactwa giną albo w łonie matki, albo też wkrótce po urodzeniu.

2. *Wasilewski* przedstawił potworka *Sternothoracopagus dicephalus tetrabrachius tetrapus*.

Wiadomo, że ciąża wielopłodowa może rozwijać się z jednego, lub wielu jaj płodowych. Jeśli następuje wytworzenie dwóch jednostek z jednego jaja i o jednym jądrze, wówczas jednostki nie osiągają zupełnie samodzielnego rozwoju, lecz pozostają ze sobą na większej, lub mniejszej przestrzeni ciała zrosnięte, tworząc różne typy potworności.

Przedstawione potworki płci żeńskiej należą do grupy potworów bliźniaczych *duplicitas completa s. gemini conjuncti*.

Marchand rozróżnia *conjunctio superior, media et inferior*.

Gustaw Veit podzielił potworki bliźniacze — ze względu na stawiane przez nie przeszkody przy porodach — na trzy grupy:

Do I-ej zaliczył te, które są ze sobą ściśle zrosnięte, tworząc jedno indywiduum, tak że bliźniaczość wyraża się zwiększeniem objętości całego, lub też części ciała: *diprosopus* (zwiększona głowa), *dippigus* — miednica zwiększona do podwójnej objętości, *janiceps* i t. d.

Do II-ej grupy należą dwa zupełnie rozwinięte płody, zrosnięte ze sobą tylko w części górnej lub dolnej: *kraniopagus*, *ischiopagus* i *pigopagus*.

Do III-ej — należą płody, zrosnięte ze sobą w części środkowej tu-

łowia — duplicitates parallelae: xiphopagus, sternopagus, dicephalus i thoracopagus, który przedstawia przy porodach trudności poważne.

W przypadku Wasilewskiego spojenie tyczy się podbródków, klatki piersiowej i brzusków. Nie jest więc to typ potworków najczęściej spotykany — xiphopagus. U xiphopagus spojenie ogranicza się tylko do wyrostków mieczykowatych: epigastrium. Xiphopagus zdolny jest do życia. Tak znani bliźnięta siamscy doczekali 62-go roku życia. Demonstrowane zaś płody są zrosnięte na znacznie większej przestrzeni — od pępka aż do podbródków; możnaby więc je określić jako: mento-sterno-thoracopagus. Większość tych potworów ginie przy porodzie i, podług Strassmanna, nie są one zdolne do życia, gdyż w najlepszym razie giną w kilka godzin, rzadziej—dni, po porodzie. Również Ahlfeld w swej pracy „die Missbildungen der Menschen“ stwierdza, że dłuższego życia dotąd nie spostrzegano.

Winckel w swym podręczniku, Ienter w Zentralblatt für Gynaekologie—przedstawiają rysunki potworków, podobnych do obecnych. W atlasie Ahlfelda znajduje się rysunek podobnego sternopagusa, lecz męskiego rodzaju, jak również szkielet sekwanego thoracopagus z objaśnieniami organów wewnętrznych. Anatomia wewnętrznych organów potworków, o których mowa, przedstawia niezwykłą różnorodność: według Strassmana i Ahlfelda—istnieje komunikacja klatek piersiowych i jamy brzusznej, mostek bywa pojedynczy, lub też podwójny; przeważnie spotyka się dwa serca, każde w swoim worku, lub też we wspólnym; nadzwyczajną rzadkością jest jedno serce. Zwykle bywają 4 płuca, dwie, złączone wyrostkiem, wątroby. Przewód pokarmowy częściowo podwójny, częściowo wspólny. Narządy moczowopłciowe są zupełnie rozłączone. Co się tyczy naczyń pępkowych, to, podług Ahlfelda, w bardzo rzadkich przypadkach znajdujemy cztery tętnice i dwie żyły, zwykle — dwie tętnice i jedną żyłę, jak w przypadku W. lub trzy-dwie tętnice i dwie żyły. Pępek może być podwójny, lub pojedynczy. W atlasie Ahlfelda przedstawiony bardzo rzadki xiphopagus z dwoma pępkami, i widelkowato rozdzielony sznur pępkowy. Co się tyczy płci — to liczba żeńskich torakopagów ma się do liczby męskich, jak 4:1.

Mechanizm porodu:

Z literatury Strassmanna, Neugebauera widać, że akt porodowy przebiega rozmaicie, zależnie od położenia płodu, jego wielkości i t. d. Podług Playfaira — 8 położnic zmarło natychmiast, w 5-ciu przypadkach zrobiono obrót na nóżkę, w czterech zakończono poród operacyjnie, jedna położnica zmarła bez rozwiązania. Najpomyślniejsze zakończenie jest w położeniach nóżkowych. Dla tego też w położeniach poślądkowych wskazane jest ściągnięcie 4-ch nóżek i ostrożne wydobycie — o ile się da w ukośnym wymiarze wyjścia miednicy. Zdarzało się, że przy dalszym przebiegu porodu trzeba było dokonywać wypatroszenia, przebicia czaszki lub obydwóch.

Przy czaszkowych położeniach mechanizm jest trudniejszy. Jeśli przodują dwie główki i rozpoznano dwojaczki — co można stwierdzić tylko w wyjątkowych warunkach, to należy zrobić obrót na wszystkie 4 nóżki.

Jeśli zaś obiedwie główki wstąpiły w próżnię miednicy, wówczas jest pozwolona próba nałożenia kleszczy na drugą połowę. Przy niepowodzeniu pozostaje — przebicie czaszki.

Zupełnie inne są warunki — gdy jedna główka już urodziła się, a druga nie wstąpiła jeszcze do miednicy: w tym razie płód rodzi się do połowy, poród ustaje. Drugi płód w takim przypadku ustawia się w położeniu ukośnem, samodzielny poród jest niemożliwy, potrzebna nagła pomoc, gdyż nastąpić może pęknięcie macicy.

Wszelkie staranie odepchnięcia główki do połowy urodzonego płodu — poczytywać należy za błąd techniczny. Właściwem postępowaniem jest obrót drugiego płodu, co bywa możliwe przy niezbyt szerokiem zrośnięciu i przy braku obawy pęknięcia macicy. W takim razie płody przechodzą przez kanał miednicy w odwrotnem położeniu: jeden w główkowem, drugi w nóżkowem. Jeśli zaś obrót drugiego płodu jest niemożliwy do wykonania i głowa drugiego płodu usuwa się na stronę, to pozostaje tylko rozkawalenie.

W przypadku Wasilewskiego — poród rozpoczął się samodzielnie i przedwcześnie, bo w końcu 7-go miesiąca ciąży. Rodząca pierwiastka, lat 22, zbudowana prawidłowo. Badanie zewnętrzne jakichkolwiek anomalii nie wykrywa, jedynie brzuch, jak na 7 miesięcy ciąży, wydawał się cokolwiek za duży. Przez pochwę zbadano chorą dopiero po wypadnięciu nóżek jednego płodu, gdy poród nie posuwał się, nawet przy próbach pociągania za nóżki ku dołowi. Po wprowadzeniu ręki do macicy natrafiono na pośladki drugiego płodu, położone ukośnie, i stwierdzono, że obiedwie pary kończyn dolnych odchodzą od jednego wspólnego tułowia; ściągnięto więc nóżki drugiego płodu i zaczęto ostrożnie wydobywać.

Wiele trudności przedstawiało wyprowadzenie główek, które ostatecznie udało się wydobyć w ukośnem położeniu miednicy — prawie jednocześnie, obiedwie bowiem główki stanowiły poniekąd jedną całość, gdyż zrośnięcie sięgało do podbródków i lewych uszu.

Przebicia czaszki dało się uniknąć tylko zawdzięczając stosunkowo małym wymiarom niedonoszonych płodów. Jeden z potworków posiada warzę zajączą.

3. *Rytko* przedstawił rentgenogram szpilki podwójnej, znajdującej się w pęcherzu moczowym, dokąd, według opowiadania chorej, dostała się ona przypadkowo, podczas siadania na kanapie.

Chora zapisała się do szpitala Św. Rocha w celu usunięcia szpilki lecz w dniu, kiedy miała odbyć się operacja, na dwie godziny przed wykonaniem tejże — sama szpilka wysunęła się z pęcherza — i znalazła się na łóżku. Szpilkę, oblepioną konkrementami soli moczowych, zbadanych mikroskopowo, demonstuje przy tem.

W rozprawach kol. Huzarski zaznacza, że obserwował 2 przypadki przedostania się szpilki podwójnej do pęcherza moczowego. Pierwszy przypadek dotyczył młodej dziewczyny, która w celach masturbacji wprowadziła sobie szpilkę podwójną do zewnętrznego otworu cewki moczowej, przy tej manipulacji szpilka zniknęła. H. znalazł przy badaniu przez po-

chwę stwardnienie i zaproponował wydostanie szpilki przez rozszerzenie cewki. Chora na operację nie zgodziła się. W kilka tygodni potem przy bólach w pochwie znalazł szpilkę, która przebiła przegrodę pęcherzowo-pochwową i została usunięta. Drugi przypadek obserwował H. przed rokiem. Chora w celu masturbacji wprowadziła sobie szpilkę od włosów do otworu cewki, która przy tej manipulacji nagle zniknęła. Zaproponował usunięcie przez operację. Chora udała się do szpitala żydowskiego, gdzie kol. Natanson usunął szpilkę po rozszerzeniu cewki moczowej.

Prócz tego zabierał głos Neugebauer.

4. *Lorentowicz* wygłosił rzecz p. t. „O postępach rentgenoterapii w ginekologii“.

Pierwszym bodźcem do stosowania promieni Roentgena w ginekologii było doniesienie znanego rentgenologa Albersa Schoenberga o niszczącym wpływie promieni na komórki nasienne jądra królika; królik, długi czas naświetlany, tracił zdolność zapładniania samiczki wskutek obumarcia i braku nitek nasiennych. Doświadczenie to, przeniesione na osobniki żeńskie, dało podobne wyniki. Naświetlanie jajników powoduje zwyrodnienie komórek pierwotnych, następnie pęcherzyków Graafa rosnących i dojrzałych, a także komórek luteinowych. Rozmiary naświetlanych jajników częstokroć zmniejszały się o połowę. Z doświadczeń Frillnicha wynika, że naświetlanie samiczek królików kotnych wywołuje bądź poronienie, bądź obumarcie płodu, z drugiej zaś strony powoduje jałowość czasową lub stałą samiczek, naświetlanych przed krzyżowaniem.

Badanie powyższe, świadczące o zdolności promieni Roentgena niszczenia komórek gruczołu, w głębi ustroju położonego, dały podstawę naukową stosowania naświetlania w ginekologii.

Najpomyślniejsze wyniki dała rentgenoterapia w krwawieniach macicznych okresu przejściowego, tudzież w krwawieniach, uwarunkowanych obecnością włókniaka w macicy. Pierwsze doniesienie o pomyślnych wynikach leczenia włókniaków i krwawień macicznych pochodzą od Toreau de Courmelles z r. 1904. W Niemczech w r. 1909 M. Fraenkel ogłosił sprawozdanie z leczenia promieniami 80 przypadków rozmaitych cierpień kobiecych. Jednocześnie Albers Schoenberg ogłosił opracowaną przez siebie i wypróbowaną technikę stosowania promieni we włókniakach i krwawieniach, oraz wskazania i przeciwwskazania. Albers Schoenberg stosował nadzwyczaj małe dawki. Maksymalne dawki miesięczne 2 S, lub 10 H, lub 20 k. Naświetlania odbywały się codziennie po 6 minut w ciągu dni 3-ch—poczem następowała 14-to dniowa przerwa, powłoki brzuszne pokrywano filtrem z 1 milim. skóry kozłej, złożonej we czworo. Mimo tak ostrożnego stosowania promieni Alb. Schoenberg uzyskał wyleczenie w 78% naświetlanych przez siebie przypadków włókniaków i krwawień okresu przejściowego, oraz w 16% zupełne znikanie guza. Ujemną stroną leczenia krwawień macicznych metodą Albersa Schoenberga jest długotrwałość leczenia oraz prawie stałe wzmożenie, niekiedy bardzo wybitne, krwawień miesięczkowych, następujących bezpośrednio po rentgenowaniu, które niepokoiły chore i zrażały do rentgenoterapii.

Ogromnym krokiem naprzód w dziedzinie rentgenoterapii ginekologicznej są prace, pochodzące z kliniki fryburskiej Kröniga, zebrane w obszernej monografii Gaussa i Lembckiego p. t. „Roentgentherapie“, ogłoszonej w roku ubiegłym. W monografii tej podane są historie chorób i wyniki lecznicze stosowania promieni w 204 przypadkach włókniaków i krwawień macicznych.

Gauss kolosalnie podniósł dawkę promieni do 1500 X w ciągu jednej seryi naświetlań. Ilość miejsc naświetlanych na brzuchu, zamiast 2—3 podług Alb. Schoenb., podniósł do 36—40 przy pomocy lokalizatora o kilkocentymetrowej średnicy, ukośnie stawianego w kierunku jajników. Dla zabezpieczenia skóry od miękkich promieni, Gauss używa 3—4 milim. filtru aluminiowego. Każde posiedzenie trwa do 5 godzin. Dzięki intensywnemu naświetlaniu okres leczniczy udało się skrócić do 5—6 tyg. Procent wyleczeń ostatniej seryi naświetlań równa się 100%! Działanie uboczne naświetlania przejawiało się w postaci objawów, towarzyszących miesiączkowaniu bolesnemu: bóle głowy, zawroty, bicie serca, nudności, rzadko wymioty, bóle krzyża, kłócie w dole, to znów parcie na mocz, lub parcie w kiszce stolcowej, połączone z rozwołnieniem, niekiedy bardzo uporczywem. Przeciwwskazania szkoły fryburskiej są następujące: Nie nadają się do naświetlania 1) włókniaki podśluzowe, uszypułowane, częściowo widoczne już w pochwie, (włókniaki podśluzowe o szerokiej podstawie winny być naświetlane), 2) włókniaki uległe zgorzeli, 3) włókniaki, powikłane rakiem śluzówki macicy, 4) włókniaki, w których z powodu szybkiego powiększania się guza i obfitych krwotoków po bezskutecznym naświetlaniu obawiać się należy zwyrodnienia mięsakowego, 5) włókniaki, które doprowadziły do ostrego uwięzienia pęcherza. Stosowanie filtru nie jest zasługą Gaussa, bowiem posiłkowali się nim już dawniej francuzi Guilleminot, Bordier, Laguerriere i inni. Bordier przekonał się o niszczącym wpływie promieni bezpośrednio na komórki guza. W 8 przypadkach dużych włókniaków macicy, którym towarzyszyły dolegliwe bóle ze strony pęcherza oraz objawy zastoinowe, uzyskał zmniejszenie guzów mimo, iż miesiączkowanie skończyło się przed kilku laty. Menge wraz z asystentem swoim Eymerem poddali naświetlaniu 81 przypadków włókniaków, w 11 uzyskano oligomenorrhoeam, w 49 amenorrhoeam pomiędzy 39 i 54 rokiem życia. W 30 przyp. stwierdzono wyraźnie zmniejszenie wymiarów guza. Z 34-ch przyp. krwawień okresu przejściowego uzyskano amenorrhoeam w 25. Nadto stwierdzono zmniejszanie się, a nawet znikanie guzów zapalnych przydatków, dodatni wynik w przypadku świądu sromu.

W klinice Bumma stosowano rentgenoterapię w 96 przyp. włókniaków. Osiągnięto amenorrhoeam w 59,3%, — z tej liczby w 42% stwierdzono zmniejszenie guza.

Wogóle skutek był widoczny w 84,5%. Oprócz tego naświetlano 28 przyp. krwawień klimakterycznych, uzyskano menopausin w 61%.

Fraenkel stosował rentgenoterapię w 100 przyp. włókniaków, wynik dodatni stwierdził w 75 przyp., mniej więcej w połowie — zmniejszenie wymiarów guza.

Sippel ogłosił wyniki naświetlania 14 przyp. włókniaków i 9 przyp. krwawień klimakterycznych z prywatnej kliniki Bumma. We wszystkich przypadkach uzyskano wyleczenie, t. j. amenorrhoeam.

Doederlein naświetlał metodą Gaussa 38 przyp. włókniaków i krwawień i również we wszystkich przypadkach uzyskał wyleczenie.

Z podanej wyżej statystyki wynika, że liczba pomyślnych wyników po naświetlaniu wzrasta w miarę ulepszenia techniki stosowania i odpowiedniego dawkowania promieni. Jasne jest, że rentgenoterapia nie wypowiedziała jeszcze swego ostatniego słowa. Sądząc z prób i doświadczeń wykonywanych, spodziewać się należy, że zakres stosowania promieni z każdym rokiem coraz szersze zataczać będzie kręgi. W dobie obecnej atoli możemy już ustalić następujące fakty:

1. Rentgenoterapia ginekologiczna jest jedną z najpoważniejszych zdobyczy lecznictwa ginekologicznego ostatniego lat dziesiątka.

2. Naświetlanie promieniami Roentgena zdobyło zupełnie już jedną dziedzinę chorób kobiecych, a tą są krwawienia okresu przejściowego z obecnością włókniaka, lub bez niego.

3. Co się tyczy dawkowania, to wysokie dawki promieni, stosowane w klinice fryburskiej, zdają się być zbyt wysokie, bowiem i średnimi dawkami można ten sam skutek osiągnąć, wprawdzie w nieco dłuższym okresie czasu.

4. Naświetlanie promieniami Roentgena przy stosowaniu średnich dawek i odpowiednim zabezpieczeniu skóry jest metodą zupełnie bezpieczną.

5. Stosowanie promieni w innych cierpieniach kobiecych, jak dysmenorrhoea, osteomalacia, zapalenia i guzy zapalne przydatków, a także przypadki włókniaków i krwawień u kobiet młodych wymaga dalszych doświadczeń.

6. We wszystkich przypadkach nieprawidłowych krwawień międzymiesiączkowych należy przed naświetlaniem zbadać śluzówkę oraz wnętrze jamy macicy.

7. Gdyby operacje włókniaków dawały 100% wyleczeń, a naświetlanie nie więcej nad 50%, to i wtedy należałoby wprawdzie zastosować naświetlanie, aby zaoszczędzić chorej męki moralnej przed operacją i bólu fizycznego po zabiegu.

W rozprawach Drozdowicz tłumaczy małą popularność stosowania naświetlań rentgenowskich w zakresie terapii ginekologicznej u nas w zestawieniu z dużym rozwojem tej metody na zachodzie niemożnością ze strony większości lekarzy obznajmienia się ze zdobyczami rentgenologii wskutek braku odpowiednio urządzonych i prowadzonych pracowni szpitalnych. Pewną przeszkodę w rozpowszechnieniu się zabiegów rentgenoterapeutycznych stanowi obawa uszkodzeń skóry, tak częstych w pierwszych okresach doświadczeń w tej dziedzinie. Rozwój techniki i wyniki licznych badań doświadczalnych i klinicznych pozwalają już obecnie stosować naświetlania bez obawy obrażeń powłok skórnych, a wyniki lecznicze, zwłaszcza w zakresie traktowania mięśniaków macicy i jej cierpień krwotocznych, są bardzo zachęcające. Duży krok naprzód w tej kwestyi stano-

wi wprowadzenie odpowiednich filtrów, dzięki którym stało się możliwe działanie włąb, na jajniki i nowotwór—bez narażenia skóry. Z pośród przypadków, skierowanych doń przez kolegów ginekologów, w ciągu ostatnich lat kilku wybitnie dobre wyniki — i to w stosunkowo krótkim czasie — po dwóch, trzech seryach naświetlań, otrzymał u tych chorych, które w ostatnich czasach naświetlane były za pomocą nowoczesnego, intensywnego instrumentarium.

W kwestyi, poruszonej przez kol. Monsiorskiego, czy wynik działania naświetlań na mięśniaki jest bezpośredni, czy też zjawia się, jako skutek zmian, wywołanych w jajnikach — Drozdowicz sądzi, że na pierwszym planie stoi działanie na jajniki; mięśniaki, jako złożone z tkanki mięśniowej i łącznej, już z natury swojej budowy anatomicznej względnie słabo reagują na bezpośrednie działanie promieni X. Jedynie działanie naświetlań na naczynia krwionośne, przebiegające w obrębie mięśniaka, a zwłaszcza na ich intima może tu grać pewną rolę.

Ryłko: ze względu na to, że przy naświetlaniu włókniaków istnieją przeciwwskazania w razie zwyrodnienia mięsakowego, lub w razie zgorzeli, co może nastąpić podczas samej kuracyi, autorowie, których przytacza kol. Lorentowicz w swym referacie, kładą nacisk na to, aby chora, poddająca się naświetlaniu, była bezwarunkowo pod wspólną obserwacją ginekologa i rentgenologa. Rentgenolog bowiem nie jest obowiązany być ginekologiem, a chodzi o to aby, w razie zjawienia się wyżej wspomnianych zmian we włókniakach, w odpowiedniej chwili przerwać leczenie i przystąpić do zabiegu doszczętnego. Po za tem może nastąpi z czasem taka chwila, że naświetlanie lecznicze, jako jedna z metod terapeutycznych, stanie się własnością każdego specjalisty w jego zakresie działalności, i być może w gabinecie ginekologa, oprócz innych urządzeń dla leczenia chorób niewieścich, będzie i aparat Roentgena. Wszak względnie niedawne to czasy, kiedy ginekolog ograniczał się tylko do bardzo małej interwencyi czynnej w leczeniu chorób niewieścich, a w razie konieczności operowania odsyłał chorą do chirurga — teraz zaś operowanie, jako jedna z potężnych metod terapeutycznych, stała się własnością ginekologów.

Skabowski jest zdania, że duża ilość jednostek, dawanych przez Gaussa, zależna jest głównie od tego, że Gauss, naświetlając wielomiejscowo, daje na każde miejsce tylko 10 X (Kiembeck), lub 5 X (Holcknecht), które potem sumują się i w rezultacie otrzymuje swoje wielkie dawki.

S. miał przypadków w praktyce przynajmniej 12—z tego 2 krwawienia w okresie przekwitania, — obiedwie po 3 seryach naświetlenia straciły krwawienia i peryody — na 10 przypadków włókniaków macicy, po paru seryach (2—6) wyraźne zmniejszenie się guzów, — w 8 przypadkach jeden wielkości bochenka chleba, b. dobrze wyczuwalny przez powłoki brzuszne—obecnie wyczuć go nie można,— zmniejszenie się krwawień. Zmniejszenie się lub ustanie zupełne bólów jest zjawiskiem zupełnie stałym. Zupełnego wyleczenia w tak krótkim czasie, przez który chore z myoma uteri są przysyłane — jeszcze nie miał.

Działanie na narządy brzuszne oprócz jajników jest niemożliwe wsku-

tek tego, że z 10 X przenika na głębokość 8 cm. pomimo filtru zaledwie z X, to jest dawka pięciokrotnie mniejsza, niż zwykła dawka erytematyczna.

O żadnych uszkodzeniach nikt nie komunikuje.

Naświetla się brzuch poniżej pępka tak, że na jajnik trafić się musi, jeżeli nie z przodu, to z tyłu. Na guz wyczuwalny daje się seryę osobną.

Prócz tego zabierali głos: Monsiorski, Grzankowski, Cykowski i Neugebauer.

BR. SZYBOWSKI.

Posiedzenie dnia 28 lutego 1913 r.

1. *Neugebauer* przedstawił macicę wraz z przydatkami, drogą cięcia brzuszego usuniętą z powodu raka trzonu.

Chora lat 49, wyszła za mąż w roku 30-ym. *Neugebauer* post noctem nuptialem musiał zaszyć ujście cewki sub coitu primo rozdarła. Chora po 6 latach owdowiała, nie będąc ani razu w ciąży. Mąż był operowany przez profesora Bergmanna w Berlinie z powodu raka pęcherza moczowego i jednego moczowodu. Wkrótce po operacyi nastąpił nawrót raka. Chory zmarł wskutek raka w szpitalu Ewangelickim.

W roku 1905 Władysław Stankiewicz wyciął u pacjentki gruczolak niezłośliwy ze sutki lewej. Obecnie od półtora roku chora miewa często krwawe odchody dołem. Badanie ujawniło powiększenie macicy niezbyt znaczne, przydatki prawidłowe. Usta maciczne prawidłowe bez jakiegokolwiek nadżerki i t. p.

Neugebauer podejrzewając, czy nie chodzi o raka trzonu, dokonał rozpoznawczego skrobania, które potwierdziło podejrzenie kliniczne. D. 12 lutego 1913 r. *Neugebauer* dokonał cięcia brzucha po uprzednim zaszyciu zewnętrznego ujścia macicy kilkoma szwami jedwabnymi, aby wydzielina z macicy nie dostała się do jamy brzusznej. Po otwarciu jamy brzusznej chorą ułożono w położeniu Trendelenburga, uchwycono po każdej stronie jajowód oraz wiąz obły tuż przy macicy nitką długą jedwabną, służącą jako cugiel. Te dwa cugle ze sobą wolnymi końcami związane. Przecięto po prawej stronie wiąz obły pomiędzy dwiema podwiązkami oraz wiąz leżkowomiedniczy. Te dwa cięcia połączone następnie w jedno. Ranę tak powstałą pogłębio dziobem nożyczek zamkniętych aż do głębokości, gdzie odszukano tętnicę maciczną i po podwiązaniu przecięto ją tam, gdzie krzyżuje się ona z moczowodem, pod nią przebiegającym. Następnie dokonano takiej samej manipulacyi na lewej stronie. Wtedy macicę pochyłono ku dołowi i ku tyłowi, pociągając ją na dół za cugle i cięciem półksiężycowatym, wypukłym ku górze, połączone obie rany boczne parametralne. Następnie odsunięto pęcherz moczowy od macicy i szyi macicznej. Po odsunięciu pęcherza, *Neugebauer* chciał otworzyć pochwę, lecz okazało się, że trzeba było jeszcze dalej ku głębi pęcherz odseparować, albowiem przy zamiarze przecięcia przedniej ściany pochwy niechcący zamiast przedniej ściany pochwy przecięto przednią ścianę szyi macicznej, przy czem z szyi

wydziałała się zawartość krwawa — skrzepla krew. Ranę szyi zaraz zamknięto kilkoma kleszczykami. Odseparowano pęcherz jeszcze głębiej ku dołowi i teraz otworzono pochwę od przodu. Następnie odchyłono macicę ku górze i dokonano cięcia na otrzewnej tylnej ścianie szyi macicy, odłuszczone otrzewną do pewnej głębokości i przecięto tylną ścianę pochwy — cięcie wypadło poniżej szyi macicznej. Po obcięciu macicy wraz z jej przydatkami i częścią górną pochwy, kilkoma szwami obrębiono obwód pochwy, następnie zeszyto przednią ścianę pochwy z tylną ścianą pochwy i miejsce to jeszcze pokryto otrzewną. Dalej po zatamowaniu ewentualnego sączenia się krwi z głębi dwu ran parametralnych zaszyto i jedną i drugą ranę parametralną strunowym ciągłym szwem w dwa piętra. Neugebauer przytem trzymał się zasady Bumma i postępował ściśle podług tego, co osobiście widział u Bumma przy kilku takich operacjach w październiku roku zeszłego, oraz we wrześniu podczas zjazdu Berlińskiego. Na preparacie wyciętym po przekrojeniu znaleziono guz rakowy spory w samem dnie nacicy, oraz szereg różnej wielkości włókniaków podsurowicznych i ściennych. Neugebauer przedstawił macicę, z której preparaty drobnowidzowe zrobił kolega Kuligowski, prosektor szpitala Ewangelickiego.

Operacja miała przebieg gładki, pomimo że trwała przeszło godzinę. Przebieg pooperacyjny dobry, powikłany pokrzywką, trwającą 8 dni.

Co do techniki operacji Neugebauer zwraca uwagę specjalnie na to, że pomimo obecności włókniaków macicznych, dla uniesienia macicy ku górze, ku przodowi, tyłowi i t. d. umyślnie unikał grajcarka oraz wszelkich zębatych klampów, a tylko zastosował wyżej wymienione z cugle jedwabne, ponieważ już raz przy amputacji macicy włókniakowej, gdzie niespodziewanie istniał rak trzonu — grajcarek przedarł kruchą ścianę macicy i posokowata zawartość rakowa jamy macicy wyciekła przez dziurę na pole operacyjne.

2. *Neugebauer* odczytał pracę „O przetokach macicznobrzusznosciennych“.

Przetoki ściany brzusznej należą do najnieprzyjemniejszych powikłań zarówno dla pacjentki, jak i dla operatora. Uleczenie ich jest nieraz bardzo trudne i uciążliwe. Przypadki takich przetok były dawniej częstsze, niż dziś, najczęściej napotykalismy przetoki tego rodzaju w ostatniem dwudziestoleciu wieku zeszłego, gdy cięcie brzucha dopiero zaczęło wyrabiać sobie technikę, i gdy często stosowano sączkowanie jamy brzusznej. Przed owym okresem i po nim przetoki brzusnościenne zdarzały się rzadziej. Piśmiennictwo z ery przedantyseptycznej wymienia przetoki, powstałe samoistnie lub też powstałe wskutek przekłucia jamy brzusznej przy ascites. Obecnie kazuistyka takich przetok zubożała wobec postępów techniki i coraz rzadziej stosowanego sączkowania przez ścianę brzuszną.

Są przetoki brzusnościenne, które przedstawiają kanał pomiędzy jakkolwiek jamą w samej ścianie brzusznej leżącą, a powierzchnią ciała, i przetoki, które przez ścianę brzuszną prowadzą wgląd do jakiegokolwiek organu jamy brzusznej, ropnia i t. d. Przetoki takie mogą być w łączności z przewodem pokarmowym oraz jego dodatkami, z organami moczowymi,

płciowymi i t. d., lecz pozatem przetoki takie mogą powstać wskutek ropienia w jamie brzusznej, wskutek guzów zropiałych i t. p. Przetoki te mają znaczenie nietylko dla patologii, lecz i dla chirurgii, ginekologii i terapii wewnętrznej.

Kolb rozpatruje się tylko w dziedzinie przetok kategorii drugiej. Głównie pragnie on omówić przetoki macicznobrzusznoscienne, powstające po cięciu cesarskiem lub po wentrofiksyacji macicy, mające więc do pewnego stopnia wspólną etiologię.

Po cięciu cesarskiem w klinice Heideberskiej powstawały zrosty macicy ze ścianą brzusznią prawdopodobnie dosyć częste. Abel, opierając się na materyale kliniki lipskiej, pisze: „Wiemy, że przednia ściana brzuszna początkowo prawie zawsze skleja się na pewnej szerokości i rozległości z raną macicy po cięciu cesarskiem. Po upływie kilku miesięcy lub lat zrosty te zwykle przedstawiają się już tylko jako cienkie rozciągnięte nitkowate lub blaszkowate powrózki, lub też znikły już zupełnie, w jednej jednak trzeciej części macica na stałe pozostaje ze ścianą brzusznią połączona za pomocą szerokich i mocnych zrostów bliznowych, mniej więcej rozległych.

Olshausen pisze: „U trzech chorych, u których dokonano razem 5 cięć cesarskich — licząc cięcia cesarskie powtórne, zwykle przy drugiej operacji znajdowaliśmy macicę mniej lub więcej ściśle zrośniętą ze ścianą brzusznią, a u kobiet, u których nie mieliśmy sposobności dokonać po raz drugi cięcia cesarskiego, jednak za pomocą palpacyi mogliśmy nieraz przekonać się o prawdopodobnem istnieniu takich zrostów, zlepów i t. p.

W powstawaniu przetok macicznobrzusznosciennych najróżniejsze czynniki odgrywają rolę. Sam wybór materyału do szycia użytego gra pewną rolę. Pytanie, czy szyć struną, czy jedwabiem — wielokrotnie już było dyskutowane, i chociaż dziś większość operatorów używa wyłącznie struny, to jednak pytanie to ostatecznie rozstrzygnięte jeszcze nie jest. Gdy Olshausen w roku 1897 podał 30 cięć cesarskich z użyciem wyłącznie struny, Fritsch, Chrobak i inni, używając do szwu i w innych operacyach brzusznych jedwabiu, powrócili do jedwabiu i dla cięcia cesarskiego — nietylko dla tego, że jakoby sterylizacya jedwabiu ma być łatwiejsza i pewniejsza, niż struny, i że jedwab z czasem wsysa się: Lichotzky 7 lat po cięciu cesarskiem skonstatował zupełne zrezorbowanie szwów jedwabnych, Ludwig w półtora roku po pierwszym cięciu cesarskiem znalazł jedwab jeszcze w bliznie pierwszego cięcia cesarskiego, lecz i dlatego, że przy używaniu struny, chociażby w sposób jaknajsubtelniejszy sterylizowanej, widziano ropienie i wysoką ciepłotę, że dalej struna dla cięcia cesarskiego za szybko wsysa się i ponieważ nawet po jaknajsubtelniej wykonanem zeszytciu macicy struną zachodziły nieraz sprawy takie, które prowadziły do śmierci operowanej: widziano nieraz rozejście się całego szwu albo wskutek pęknięcia nitki katgutowych, albo też wskutek samowolnego rozwinięcia się węzłków, wiążących nitkę; wskutek wdrażenia lochiorum uteri do jamy brzusznej powstało septyczne śmiertelne zapalenie otrzewnej.

Richter opisał niedawno spostrzeżenie następujące: U kobiety 25-let-

niej dokonano cięcia cesarskiego zachowawczego. Rychłozrost. Trzy lata później nowa ciąża. W czwartym miesiącu ciąży wśród bólów porodowych powstała w środku blizny brzusznej przetoka, z której wydzielala się krew. W 7 miesiącu ciąży podczas silnych skurczów macicznych dokonano ekstrakcji płodu *per vias naturales*. Dokonano następnie operacji Porro, chora zmarła. Richter jest zdania, że pomimo rychłozrostu po pierwszym cięciu cesarskim, w trzy lata później, przy następnej ciąży w czwartym miesiącu nastąpiło samowolne pęknięcie rosnącej macicy. Wtedy to miała powstać owa przetoka macicznobrzusnościenna, przy czem nastąpił następny zlep ścisły z pętlami kiszek. Bóle porodowe uspokoiły się i ustały, podczas gdy w 7 miesiącu wskutek wzrostu macicy pęknięcie owo macicy dalej rozdarło się z naderwaniem pętli kiszek, z macicą sklejoną. Zawartość kiszek wtedy zakaziła wody płodowe, wystąpiły skurcze macicy gwałtowne i tylko mocny zrost macicy ze ścianą brzuszną przeszkodził temu, aby płód przez przetokę macicznobrzusnościenną został na zewnątrz wydalonny.

Baum obecnie już nigdy struną macicy nie szyje, ponieważ dwukrotnie cały szew strunowy, wskutek rozejścia się węzłów struny, rozszedł się, i chora zmarła na zapalenie otrzewnej.

Wielu wszakże operatorów z dobrym wynikiem posilkuje się wyłącznie struną, jak np. Olshausen, podczas gdy inni używają wyłącznie jedwabiu. Zeifel zajmuje tutaj stanowisko pośrednie: wskutek niebezpieczeństwa możności powstania przetoki po cięciu cesarskim, używa on tylko tyle nitek jedwabnych, aby szew maciczny nie mógł puścić, poza tem posilkuje się struną dla rany macicznej.

Szwy najlepiej jest nakładać w odstępie 1 do półtora centymetra, nie chwytając błony doczesnej. Otrzewną wypada zeszywać struną.

Lecz i bez infekcyi może powstać zapalny stan. Sposób przygotowania materiału do szwów odgrywa tutaj również wielką rolę, jak i grubość nitek. Nitka jedwabna aseptyczna może wywołać aseptyczne ropienie. Czy ropienie jest septycznego pochodzenia, czy też aseptyczne, może ono wywołać stan zapalny sąsiadującej otrzewnej.

Singer w roku 1910 określił szew wielopiętrowy, jako najodpowiedniejszy dla zaszycia macicy po cięciu cesarskim.

Należy pamiętać, by nie chwytac wcale śluzówki macicznej.

Wiemy dawno, że otrzewna, pozbawiona swego nabłonka, bardzo łatwo skleja się z narządami sąsiadującymi i t. p., tem łatwiej, im mniej ruchów ów organ dokonywa. Sieć łatwiej przykleja się, niż kiszki, najłatwiej zaś otrzewna przedniej ściany brzucha. Aby dwie powierzchnie otrzewnej zrosły się ze sobą, potrzebne jest nie tylko sąsiedztwo, lecz i przyleganie ku sobie, kontakt.

Macica i otrzewna brzusnościenna mogą tylko wtedy zrosnąć się ze sobą, gdy do siebie przylegają, lecz przyleganie takie nie koniecznie musi być stałe, a może być tylko chwilowe przez pewien czas. Powstaje wtedy pytanie, czy po cięciu cesarskim takie przyleganie istnieje? Macica, z której tylko co płód usunięto, przewyższa spojenie łonowe o szerokość dłoni.

Dopiero po upływie 9—10 dni dobrze skurczona macica po normalnym porodzie zajmuje ponownie swoje miejsce dawniejsze w małej miednicy. W pierwszych dniach po porodzie—po *sectio caesarea*—macica przy opróżnionym pęcherzu, nawet gdy kobieta leży na wznak, leży blisko przedniej ściany brzusznej i wtedy bardzo łatwo może przyjąć do zrostów, gdy macica do otrzewnej ściennej przylega. Dodać wypada, że ponieważ cesarskiego cięcia dokonywa się przeważnie wskutek zwężonej miednicy i to zwężonej w wejściu, macica może powrócić do jamy małej miednicy dopiero wówczas, gdy jest już sporo zmniejszona.

Pomiędzy kilkoma setkami cięć cesarskich, w ostatnich 30 latach dokonanych, rzadko spostrzegano przetoki macicznobrzusznoscienne.

Kolb przytacza kilka spostrzeżeń z piśmiennictwa:

W roku 1891 Grandin przedstawił w Towarzystwie akuszeryjnym w Nowym Yorku 8 nitok silkwormu, które usunął z głęboko sięgającej przetoki 7 miesięcy po cięciu cesarskiem. 7-go dnia po operacji wystąpiła gorączka i powstał ropień w ścianie brzusznej, po którym pozostała przetoka.

Saenger 1889 r. pokazał cztery nitki chromostrunowe, które zostały wydzielone samowolnie w cztery miesiące po cięciu cesarskiem przez przetokę, powstałą poniżej pępka w pewien czas po operacji. Doederlein również widział wyropienie szwów takich przez przetokę w ścianie brzusznej, po cięciu cesarskiem powstałą.

W przypadku Noble'a w roku 1892 pozostała przetoka po cięciu cesarskiem; przetoka prowadziła z jamy macicznej na zewnątrz przez ścianę brzuszną. Pomimo przetoki tej, kobieta zaszła ponownie w ciążę. Dokonano drugiego cięcia cesarskiego, rozszerzając ujście przetoki, i dokonano tej operacji pozaotrzewnowo, ponieważ blizna po pierwszym cięciu cesarskiem prawie w całej rozciągłości zrosnięta była ze ścianą brzuszną. Po drugim cesarskiem cięciu cała rana zarosła od razu.

Abel doniósł o 5 przypadkach przetok brzusznosciennych po cięciu cesarskiem, w klinice w Lipsku dokonaniem.

W jednym przypadku po operacji wystąpiło ropienie, które trwało 62 tygodnie i ustało po wyropieniu 10 szwów jedwabnych.

W innym przypadku po drugim cięciu cesarskiem, gdzie znaleziono macicę szeroko zrosniętą ze ścianą brzuszną, od 3 do 5 tygodnia chora gorączkowała i wystąpiło ropienie w ścianie brzusznej. Przy wypisaniu się chorej z kliniki dnia 52 po operacji macica okazała się szczelnie ze ścianą brzuszną zrosniętą, a w bliźnie widać było kilka otworów przetokowych. Przetoki ropiały 21 miesięcy i zamknęły się po wyropieniu ostatniej nitki jedwabnej.

W trzecim przypadku po pierwszym cięciu cesarskiem rana zagoiła się doszczętnie. W rok po operacji obok blizny pooperacyjnej wytworzył się ropień, z którego wydzielili się cztery nitki jedwabne. Ropień pozostawał otwarty uporczywie. Trzy lata i 9 miesięcy później chora ponownie zaszła w ciążę, dokonano powtórnego cięcia cesarskiego. Przetoka prowadziła do ropnia, leżącego pomiędzy ścianą brzuszną i macicą; w jamie ropnia nitki jedwabnej nie znaleziono. Po tem drugim cięciu cesarskiem rana

również ropiała; w piątym tygodniu wydzielila się nitka jedwabna. Później wyropiało jeszcze 7 nitek jedwabnych.

W innym znów przypadku blizna po cięciu cesarskiem po upływie 5 miesięcy zaczęła ropieć w 2 miejscach. Usunięto kilka szwów jedwabnych prócz nitek, które sponte wyszły.

W ostatnim przypadku Abela przy wtórnem cięciu cesarskiem podwiązano oba jajowody i pomiędzy ligaturami przecięto. Po pierwotnie bezgorączkowym przebiegu powstało ropienie w ranie, w bliźnie wytworzyła się przetoka, która zamknęła się dopiero 34 dnia po operacji.

W dwa miesiące po operacji powstała nowa przetoka w bliźnie, która zamknęła się dopiero cztery miesiące później po wyropieniu kilku nitek jedwabnych. Przy trzecim cięciu cesarskiem po upływie czterech lat trzeba było przecinać zrosty pomiędzy ścianą brzuszną i macicą, ranę maciczną zaszyto struną. Przy operacji na jajowodach znaleziono jeszcze podwiązki jedwabne, kilka lat temu nałożone.

Velits 1892 r. dokonał cięcia cesarskiego. Po normalnym przebiegu gojenia dnia 15-go wystąpiło bolesne nacieczenie blizny w dolnym rogu cięcia i otworzył się ropień: 8 miesięcy po operacji istniała jeszcze przetoka, z której wydzielilo się kilka nitek jedwabnych. Jeszcze w 7 i pół miesiąca po operacji wydzielila się jedna nitka jedwabna.

Biermer w 1907 r. opisał przypadek takiego wycieńczenia wskutek długotrwałego ropienia po cięciu cesarskiem, że chora w pół roku po operacji po wydobyciu kilku szwów nie przetrzymała już tak stosunkowo niewinnej interwencji i zmarła.

Wiener opisał spostrzeżenie następujące:

U karlicy po drugim cięciu cesarskiem powstał ropień w powłokach brzusznych, po którym pozostała uporczywa przetoka po prawej stronie poniżej pępka. Przy końcu trzeciej ciąży nagle wystąpiło krwawienie z owej przetoki. Wskutek anemii przewieziono chorą do kliniki. Dokonano operacji Porro. Wypadło przecinać silne zrosty pomiędzy macicą i ścianą brzuszną, siecią. Macicę otwarto cięciem poprzecznem. Kikut maciczny zaszyto trzypiętrowym szwem strunowym, pokryto go płatem otrzewnej z tylnej ściany macicy. Powłoki brzuszne zaszyto dwupiętrowo. Gładki przebieg. Na przedniej ścianie macicy wyciętej widać było lejkowate zagłębienie w bliźnie dawniejszej pooperacyjnej, z centymetry długości mającej oraz kilka zagłębień rowkowatych — były to miejsca, gdzie poprzednio wyropiały szwy maciczne.

W przypadku Schmita u 36-letniej kobiety w roku 1884 usunięto włókniak maciczny 7 kilogramów wagi, zachowując macicę. Poniżej pępka powstała przetoka, z której podczas każdej miesiączki wydzielala się krew. W roku 1886 poronienie dwumiesięczne. W tymże jeszcze roku nowa ciąża. W styczniu 1897 wystąpiło silne krwawienie z tej przetoki. Na górnym końcu blizny brzusznej znaleziono lejkowate zagłębienie, a w niem otwór przetoki. Macica, pochylona w lewo, sięgała aż do łuku żebrowego. Dnia 6-go kwietnia przez przetokę wydziela się woda płodowa, przetoka przepuszcza palec do macicy, tak że można wdążyć do macicy i wymacać łożysko, po-

śladki i jedną nóżkę płodu. Przy cofaniu palca z przetoki wytłaczają się błony płodowe, oraz wydziela się z przetoki smołka. Partus per vias naturales. Przy wypisaniu się chorej ze szpitala przetoka przepuszczała już zaledwie tylko cienki zgłębnik. W roku 1898 ponowna ciąża. Przetoka w trakcie tej ciąży ponownie powiększyła się i przepuszczała mały palec, błony płodowe wytłaczały się znów z przetoki. 23-go września nastąpiło poronienie. Stwierdza, że macica była w okolicy przetoki ściśle ze ścianą brzuszną zrosnięta.

Erlach w 1899 r. opisał podobne spostrzeżenie, dotyczące panny, u której po cięciu brzucha powstała przetoka; przy każdym peryodzie wydzielała się z niej krew. Ciąża, która wkrótce potem nastąpiła, miała przebieg prawidłowy.

Przytoczone przetoki macicznobrzusznoscienne należą do cięć cesarskich o cięciu podłużnem, pionowem. Teoretycznie przypuszczać wypada, że po stosowaniu cięcia poprzecznego Fritscha — w dniu macicy przetoki takie rzadziej powstaną. Po cięciu Fritscha dno macicy tylko wtedy wejdzie w zetknięcie z przednią ścianą brzuszną, jeśli w pierwszych dniach połogu macica ułoży się w silnem przodozgięciu. Ponieważ macica dopiero w miarę znaczniejszego skurczenia się przechodzi w przodozgięcie, przypuszczać należy, że wiedy już macica tak zmalala, że nie przylega do przedniej ściany brzusznej. Tylko gdy macica pozostaje nadmiernie wielka, lub gdy przodozgięcie wystąpi zbyt wczesnie, dno macicy będzie mogło przylegać do przedniej ściany brzusznej. Pewnego środka przeciw powstaniu zlepow i zrostów ex contactu nie posiadamy. Olej kamforowy stosowano zapobiegawczo. Lecz czy stosowanie oleju rzeczywiście zapobiegnie powstawaniu zrostów, dziś jeszcze sądzić nie pora.

Oskarżano i materyał do szwów używany o wywoływanie zrostów pooperacyjnych; a to dla tego, że materyał ten albo wcale nie wsysa się, albo też wsysa się bardzo trudno. Atoli szwy szybko otaczają się tkanką, która czyni je nieszkodliwymi.

Pokrywano dla ochrony zeszytą ranę macicy siecią, a jednak dochodziło do szerokich zrostów macicy z przednią ścianą brzuszną; pośrodku znajdowano sieć bliznowato zmienioną w tych przypadkach.

Wydzielenie się szwów macicznych na drodze ropienia najczęściej następuje przez powłoki brzuszne; może nastąpić również i do kiszki, i do pęcherza, lub do jamy macicznej. Zwykle bywa to w przeciągu pierwszego roku po operacji, lecz nieraz i później. Znane są przypadki, gdzie w kilka lat po operacji znajdowano nitki jedwabne nienaruszone.

Pomimo istnienia przetoki macicznobrzusznosciennej może nastąpić nowa ciąża, co wydaje się dość niezwykłym, abowiem sądziłoby wypadało, że przy ropieniu przetoki ropa dostaje się do jamy macicznej i przeszkadza usadowieniu się jaja. W przypadku Noble'a w świetle przetoki widać było błony płodowe, tak że czas jakiś płód pokryty był wyłącznie cienkim workiem płodowym. Worek płodowy pękł w 33 tygodniu. Również w przypadku Schmita z otworu przetoki wytłaczał się pęcherz płodowy w kształcie guza, wielkości pięści, barwy żółtawej.

Kolb zanotował jeden tylko przypadek przetoki macicznobrzusznosciennej, w którym przy peryodzie część krwi wydzielala się przez przetokę.

Kobieta 33-lenia wyszła za mąż w 27 roku. W roku 1905 w końcu 7-go miesiąca ciąży z powodu drgawek dokonano cięcia cesarskiego. W roku 1907 po raz drugi cięcie cesarskie z rozejściem się rany.

Od czasu tego porodu peryody stały się nieregularnymi w odstępach 3—5 tygodni, trwając zaledwie dzień jeden, bez bólu. Od roku jednak występowały co dwa tygodnie. Wtedy chora zauważyła, że przy każdym peryodzie zjawia się bolesne nabrzmienie wielkości orzeszka laskowego w bliżnie brzusznej. Nabrzmienie to było miękkie, jakby płyn zawierające. Gdy peryod przestał, nabrzmienie to ginęło szybko, nie pozostawiając żadnego po sobie śladu. Przy ostatnich 2 peryodach nabrzmienie to doszło do wielkości wiśni i było bolesne przy dotykaniu się odzieży. Ostatni peryod 21 — 26 listopada 1910 r. Pęcherzyk ten wystąpił dnia 21 i zginął 23-go wskutek pęknięcia przez ucisk odzieży. Wydzielił się z niego płyn wodnisty krwawy. Od owego czasu często chora widywała po parę kropeł krwi z tego miejsca wydzielającej się, 24-go nawet wycisnęła około kieliszka krwi. Gdy peryod ustał, ginęła i ta wydzielina krwawa.

Przy badaniu chorej widać było na połowie odstępu pomiędzy spojeniem łonowym a pępkiem ciemne zabarwienie powłok brzusznych obszaru dłoni, widać było dalej szereg jakby małych fałd skóry, zbiegających się ku środkowi owego zabarwionego miejsca, w którego środku znaleziono trzy drobne otworki, z których można było wycisnąć po kilka kropeł krwi. Macica tyłopochylona leżała blisko przedniej ściany brzusznej. Gdy pociągnąć szyję maciczną kleszczykami ku dołowi, powstaje zagłębienie w bliżnie brzusznej. Stwierdzono zrost ściany macicznej ze ścianą brzuszną oraz przetokę macicznobrzusznoscienną. Dnia 3 grudnia 1910 r. obkrojono miejsce przetoki z otwarciem jamy brzusznej, skonstatowano, że macica połączona jest ze ścianą brzuszną mostkiem grubości ołówka. Zrost ten usunięto, wycinając z przedniej ściany dna macicy klin, przyczem jamę macicy otworzono. Ranę maciczną zaszyto 3-piętrowym szwem strunowym. Innych zrostów macicy z otoczeniem nie znaleziono wcale. Wyzdrowienie.

Przetoki macicznobrzusznoscienne powstają po wentrofikacji macicy wskutek zropienia szwów jedwabnych lub nicianych. Przetoki te jednak dochodzą tylko do samej ściany macicy, a nie wdrażają do jamy macicznej, czem różnią się od przetok takich po cięciu cesarskiem powstałych. Trudno powiedzieć, czy ropienie tutaj pierwotne było w samej ścianie brzusznej, w powięziach lub mięśniach brzusznych, czy też ropienie pierwotne wywołała nitka w samej ścianie macicy.

Powstawanie przetok macicznobrzusznosciennych z innych przyczyn jest bardzo rzadkie. Meinert opisał spostrzeżenie pęknięcia i opróżnienia się na zewnątrz krwiaka macicznego. Widywano przetoki takie i po innych jeszcze operacjach, jak po nadpochwowej amputacji macicy z wszyciem kikutu do rany brzusznej, lub gdy wszywano do rany brzusznej np. kikut amputowanego wskutek ciąży rogu macicy dwurogiej.

Zwykle przetoki takie są bardzo uporczywe i zamykają się dopiero po wielu miesiącach, w dodatku często po nich powstają przepukliny ściany brzusznej.

Nawet po wewnątrztrzewnowem traktowaniu kikuta, dziś ogólnie używanem, widywano przetoki brzusznościenne szyi macicznej. Ile razy istnieje tkanka obumarła przy kikucie pooperacyjnym i miało miejsce zakażenie, powstaje mechaniczne, resp. zakażne, ropienie. Powstaje wysięk, nitka w nim zakaża się, a po niej wdraża zakażenie coraz bardziej wgłąb tkanek. Ropienie szerzy się w tym kierunku, gdzie tkanki są najluźniejsze, dopóki nareszcie ropień nie dotrze do miejsca, gdzie na zewnątrz przebić się może. Nitki jednak nie zawsze wydzielają się na zewnątrz przez ropień ściany brzusznej. W jednym przypadku Kolb widział wyropienie przez pochwę u kobiety 51-letniej, u której amputowano macicę włókniakową. Powstało zropienie ściany brzusznej, tak że trzeba było szyć ją powtórnie po obcięciu brzegów rany. Po wypisaniu się chorej z kliniki, zauważyła ona śmierdzące upławy, a wśród wydzielin kilka nitek jedwabnych. Po daremnych kąpielach nasiadowych i płukaniach, zrobiono nacięcie ust macicznych, wyskrobano jamę kanału szyi i usunięto trzy nitki. Prawdopodobnie pozostało tam jednak jeszcze kilka ligatur, ponieważ ropienie tylko zmniejszyło się na razie.

Jak postąpić przy wytworzeniu się przetoki po amputacji nadpochwowej macicy i jak zabezpieczyć się od powstania przetoki?

Najradykałniejszym środkiem byłoby zastąpić zasadniczo amputację macicy całkowitem jej wycięciem od góry. A jednak dla włókniakowatej macicy dawny sposób wycięcia ma wiele za sobą.

BR. SZYBOWSKI.

SPOSTRZEŻONE OMYŁKI.

W pracy D-ra S. Dobruckiego, wydrukowanej w Zeszytcie I Tomu IX Przeglądu Chirurgicznego i Ginekologicznego, spostrzeżono następujące omyłki:

Str. 1	wiersz 3 od dołu	zamiast Kock	winno być Koek
Str. 2	" 3 od góry	" Einhorn	" Eichhorn
Str. 13	" 13 od góry	" Gernerera	" Gerneza
Str. 14	" ostatni	" „wielce prawdopodobne“	" „wielce nieprawdopodobne“
Str. 15	" 14 od góry	" Kock	" Koek
Str. 22	" 5 od dołu	" Havillard	" Havilland
Str. 23	" 10 od góry	" Pykus	" Pybus
Str. 39	" 23 od góry	" Gernerera	" Gerneza
Str. 51	— —	" Rysunek 17	" Rysunek 18
Str. 52	— —	" Rysunek 18	" Rysunek 17

tak samo należy poprawić i w tekście

Str. 72	" 8 od góry	" Pykus	" Pybus
Str. 73	— —	" Passagie	" Passagi

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

Ciąża i gruźlica oraz wzajemny ich stosunek, napisał Dr. Józef Jaworski.
 Odczyty kliniczne, Serya XX, Zeszyt 7—8 1913 r.
 Sprawozdanie z czynności Szpitala Starozakonnych im. małż. Poznańskich w Łodzi za 1912 r.

