

# PRZEGLĄD Chirurgiczny i Ginekologiczny

TOM IX. ZESZYT III. LISTOPAD. GRUDZIEŃ. 1913.

---

## PRACE ORYGINALNE.

### Z dziedziny chirurgii tylnej jamy czaszkowej

podał

LUDWIK ZEMBRZUSKI

Ordynator szpitala dziecięcego przy ul. Kopernika w Warszawie.

Wykonywanie zabiegów chirurgicznych w tylnej jamie czaszkowej jest to jeden z tych działów chirurgii współczesnej, dla którego nieodzownym warunkiem jest jaknajrozleglejsze posiadanie zarówno znajomości specjalnych metod rozpoznawczych, anatomii, fizjologii i patologii mózgu, jak i techniki operacyjnej i doświadczenia klinicznego. Szczególnie opanowanie techniki operacyjnej ze wszelkimi towarzyszącymi jej szczegółami, z liczeniem się ze wszystkimi warunkami zarówno miejscowymi, jak i ogólnymi ustroju w danej chwili, stanowi czynnik niezmiernie doniosły dla naszych zabiegów na tylnych częściach mózgowia. Im bardziej doskonała jest technika operacyjna w warunkach dla ustroju chorego najpomysłniejszych, im ściślejsze wskazania, im rozleglejsze odnośne doświadczenie osobiste chirurga, tem wyniki, zależne od zabiegów operacyjnych w tylnej jamie czaszkowej, jako takich, mogą być pomysłniej-

sze. Bez wątpienia, to samo dotyczy wogóle wszelkich poważniejszych rękoczynów chirurgicznych, których wyniki zależą niewątpliwie od stopnia przygotowania naukowego i klinicznego, sprawności i sumiennosci zawodowej wykonawcy, lecz ten dział chirurgii szczególnie wymaga uwzględnienia czynników powyższych, a to z następujących powodów: 1) operując w tylnej jamie czaszkowej, z konieczności narażamy na mniejszy lub większy uraz najważniejsze ośrodki czynności życiowej w rdzeniu przedłużonym; 2) dotychczasowe wyniki wspomnianych operacji są wogóle mało pomyślne nawet w rękach b. doświadczonych operatorów. Z drugiej strony wobec doniosłego znaczenia znajomości techniki i posiadania doświadczenia klinicznego materyał poszczególnych chirurgów w tym dziale właśnie jest stosunkowo dotychczas niewielki. Nie wdając się na tem miejscu w rozpatrywanie przyczyn tego zjawiska wogóle i u nas, zauważyć jednak muszę, że w miarę postępów na polu neuropatologii i metod rozpoznawczych, jak również dzięki rozwojowi techniki operacyjnej przypadki operowanych guzów wzgl. schorzeń tylnej jamy czaszkowej stopniowo liczebnie wzrastają.

Dzieje się tu to samo, co spostrzegamy nieraz w dziedzinie innych spraw chorobowych, np. z banalnem już niemal obecnie dla chirurgów zapaleniem wyrostka robaczkowego. Zanim atoli doświadczenie osobiste każdego z chirurgów w zakresie operacji w tylnej jamie czaszkowej pozwoli mu na opanowanie wszechstronne tych poważnych, a nawet — jak dotychczas — niezupełnie bezpiecznych i obojętnych zabiegów, niezbędne jest, zdaniem mojem, korzystanie z materyału i doświadczenia innych bez względu na wyniki leczenia. Jedynie krytyczne rozpatrywanie się w odnośnej kazuistyce zarówno własnej, jak i obcej może nam dać z czasem w ręce klucz do pomyślnego rozwiązania zagadnień, dotyczących wskazań operacyjnych, oraz pozyskania najodpowiedniejszych sposobów wykonywania zabiegów w tylnej jamie czaszkowej.

Z takiego wychodząc stanowiska ośmielam się poniżej po dać opis własnego operowanego przypadku guza mózdzku, jak również nieco danych, świadczących o stanie obecnym chirurgii tylnej części mózgowia.

D. 6 lutego 1913 r. przybyła do oddziału chirurgicznego szpitala dziecięcego w Warszawie, skierowana przez Dr. H. Higiera, M. S. dziewczynka lat 10. Wywiady dały co następuje: Do 9-iu lat dziecko było naogół zdrowe zupełnie. Około 1 roku temu dziewczynka poczęła uskarżać się często na bóle głowy, w kilka miesięcy potem zaczęła „gorzej widzieć“, wreszcie—zaniewidziała zupełnie na lewe oko. Od paru tygodni uskarża się na niemożność widzenia i prawem okiem. Podczas trwania tego stanu chorobnego miewała od czasu do czasu wymioty i drgawki. Dziecko pochodzi z rodziny — jakoby — zupełnie zdrowej.

Stan obecny: Dziewczynka chuda, anemiczna. Tętno 76 miarowe, ciepłota ciała nie zwiększona. Przytomność zachowana. Uskarża się na bóle głowy, głównie w okolicy czołowej, i na trudność w rozpoznawaniu przedmiotów. Gdy leży w łóżku na boku, uczuwa zawroty głowy, utrzymuje też, że siła w górnej i dolnej kończynie lewej jest naogół mniejsza, aniżeli na stronie prawej. Co kilka dni wymioty. Chód chwiejny (ataksya) bez przewagi wyraźnej w jedną stronę. Lewem okiem nie widzi zupełnie, prawem — odróżnia przedmioty z wielką trudnością. Żrenice rozszerzone, prawa oddziałuje na światło, lewa — nie. Mięśnie gałek ocznych działają prawidłowo. Badanie dna ocz wykazało: zanik nerwu wzrokowego na stronie lewej oraz daleko posunięta brodawka zastoinowa na stronie prawej. Niezgrabność obu rąk, przeważnie jednak prawej, przytem adiadochokinesis (Babińskiego) nie występuje \*). Odruchy ścięgnowe kończyn dolnych żywe, clonus stóp; objawu Babińskiego nie udaje się wywołać, czucie zachowane. Pewien nieznaczny niedowład lewostronny (hemiparesis). Zewnętrznych oznak gruźlicy brak. W narządach wewnętrznych zmian nie wykryto. Mocz nieprawidłowych składników nie zawierał. W gardzieli wyrosłe adenoidalne i umiarkowany przerost migdałów podniebiennych. Sen niespokojny. Po przybyciu do oddziału miały miejsce raz jeden drgawki ogólne, trwające około 15 minut.

Po naradzie z kol. Higierem uczyniliśmy rozpoznanie guza mózdzku bez możności określenia zarówno jego natury, jako też dokładniejszego umiejscowienia: podejrzenia nasze padały raczej na lewą, niż na prawą półkulę. Wobec grożącej zupełnej ślepoty na skutek wzmożonego ciśnienia wewnątrzmoźgowego zdecydowana została przedewszystkiem operacya zwalniająca—w postaci trepanacyi dekompresyjnej.

D. 10 lutego 1913 r. Przed operacyą tętno 72, chwilami jednak częstsze — do 100 i 120 uderzeń. W uśpieniu chloroformowem po uprzednim wstrzyknięciu 0,005 morfiny wykonałem zabieg zwalniający w prawej okolicy czołowociemieniowej sp. Krausego. Mianowicie, po wykrojeniu płata skórnokostnego, mającego średnicy około 8 cm. z podstawą u dołu (trepanem główkowym Doyena i kleszczami Dahlgrena) i odchyleniu go, wycią-

\*) Adiadochokinesis jest to niemożność wykonania szybkich po sobie następujących ruchów antagonyistycznych, np. nawracanie (pronatio) ręki po odwracaniu (supinatio).

łem z opony twardej płat kwadratowy, zwrócony podstawą ku górze, czyli w kierunku przeciwnym, aniżeli płat skórnokostny. Po przecięciu opony podczas wytwarzania z niej płata mózg tętniący wpuklił się znacznie w otwór trepanacyjny. Pomimo to powiodło mi się płat skórnokostny przyłożyć z powrotem i skórę zaszyć całkowicie. Po operacji, która przebiegła bez żadnych powikłań, tętno 92. Do wieczora dnia tego parokrotnie wymioty; wieczorem ciepłota 37,3, tętno 120. Przytomność zupełna.

D. 11 lutego 1913 r. C. 36, T. 116. Niedowład lewego nerwu twarzowego. Zwolnienie mowy (bradyphasia). Ból głowy ustąpił.

D. 12 lutego. C. 37—37,2, T. 124. Obrzęk powieki prawej górnej. Przy próbie posadzenia na łóżku chora dostaje drgawek ogólnych. Przytomność zachowana.

D. 13 lutego. C. 36,8—37,3, T. 124. Obrzęk twarzy i obu powiek na stronie prawej.

D. 14 lutego. C. 37,3—37,5, T. 96. Stan bez zmiany.

D. 15 lutego. C. 36,7—37,3, T. 120.

D. 16 lutego. C. 37,4—38, T. 120. Podczas opatrunku usunięto co 2-gi szew skórny. Pod płatem widać nieznaczne tętnienie wypukłego mózgu. Obrzęk powiek i twarzy mniejszy.

D. 18 lutego. C. 38,5—37,3, T. 120. Przy zmianie opatrunku mózg wypukła się pod płatem więcej, niż poprzednio. Szwy usunięto — rychłozrost. Skarży się na bóle głowy. Próbie posadzenia towarzyszą drgawki ogólne i ból głowy.

D. 19 lutego. C. 36,4—37, T. 140. Senność. Nietrzymanie moczu. Przytomność zachowana. Porażenie nerwu twarzowego wybitniejsze.

D. 20 lutego. C. 36,8—36,5, T. 124.

D. 21 lutego. C. 37—36,1, T. 124. Do porażenia twarzowego przyłączyło się porażenie połowiczne lewostronne (hemiplegia sin.). Tegoż dnia badanie dna oka zmian nowych w porównaniu z poprzednimi, a zatem poprawy żadnej nie wykazało.

D. 22 lutego. C. 36,1—36,6, T. 104. Wypuklenie mózgu znacznie większe, lecz szew skórny trzyma się zupełnie dobrze. Przekłucie łądźwiowe — przyczem wypuszczono 25 cm.<sup>3</sup> przezroczystego płynu mózgowordzeniowego. Gdy wypuszczono już około 10 cm.<sup>3</sup> w położeniu chorej leżącym na boku, posadzono ją, i w tej pozycji drgawek nie dostała. W parę minut po wypuszczeniu płynu chora zaczęła zupełnie swobodnie poruszać wszystkimi kończynami, nie wyłączając porażonych. Porażenie nerwu twarzowego pozostało bez zmiany. Po przekłuciu tętno 120.

D. 23 lutego. C. 36,1—36,2, T. 96. Niedowład lewej górnej kończyny, lewą dolną porusza swobodnie (zrana), jednak po upływie 24 godzin od chwili przekłucia łądźwiowego prawie nagle powróciło porażenie lewostronne połowiczne (hemiplegia sin.).

D. 24 lutego. Stan bez zmiany.

D. 25 lutego. C. 37,2—36, T. 104. W nocy chora dostała drgawek ogólnych, które trwały kilka minut, następnie wymioty. Przytomność zachowana, uskarża się na dokuczliwe bóle głowy. Przekłucie łądźwiowe,



przyczem wypuszczono 28 cm.<sup>3</sup> płynu mózgowordzeniowego pod względnie słabym ciśnieniem. Zabieg ten pozostał tym razem bez wszelkiego wyniku.

D. 26 lutego. C. 36,4—36,5, T. 116. Wypuklenie mózgu przy zachowaniu całości szwu skórnoego znacznie większe. Dziecko apatyczne, niechętnie rozmawia, senne.

D. 27 lutego. C. 36,1—36,2, T. 104. Nakłucie komory bocznej mózgu prawej poprzez szparę w kości czaszki otaczającą płat skórnokostny, przytem wydobyto 30 cm.<sup>3</sup> płynu mózgowordzeniowego. Płyn wyciekał pod ciśnieniem wzgl. słabem. Po zabiegu tym wypadnięcie mózgu nieco zmniejszyło się bez innych dodatnich objawów.

Do 3 marca stan trwał bez zmiany, bez podniesienia ciepłoty i przy dobrem (ok. 100) tętnie.

Dnia tego przekłuciem łądźwiowem wydobyto 15 cm.<sup>3</sup> płynu mózgowordzeniowego dla próby Wassermana, która, jak w parę dni później okazało się, dała wynik ujemny.

D. 4 marca. C. 36,1—38,9. Niepokój; wieczorem drgawki, sinica, przy zachowaniu prawie zupełnem przytomności, tętno było nitkowate w przeciągu paru godzin.

D. 5 marca. C. 36,4 — 36,1, T. 120. Chora b. osłabiona, apatyczna. Uskarża się na ból głowy. Inne objawy bez zmiany.

D. 10 marca. Badanie wzornikiem dna oka wykazało pewien postęp w zaniku nerwu wzrokowego.

Od tego dnia w przeciągu miesiąca dalszego spostrzegania ciepłota wahała się pomiędzy 36,2—37 (max. 37,3). Tętno wynosiło 96—116 uderzeń. Przytomność była zachowana, od czasu do czasu występowała senność, apatya i od czasu do czasu skargi na bóle głowy, lecz mniejsze, jak twierdziła sama chora, aniżeli przed operacją. Tymczasem porażenia trwały bez zmiany, wypadnięcie mózgu podskórne przybrało znaczne rozmiary, doszedłszy do wielkości pięści, i wzrok w oku prawem stawał się coraz gorszy. Przy końcu tego okresu wystąpiła adiadochokinesis w kończynie górnej prawej. Odruchy ścięgnowe kończyn dolnych żywe, bez clonusa i bez objawu Babińskiego. Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Lewem okiem nie rozpoznaje światła, prawem liczy jeszcze z trudnością palce. Obie źrenice ad maximum rozszerzone, prawa oddziaływa, lewa — nie. Zupełne porażenie lewostronne połowiczne. Czucie zachowane. Słuch z obu stron zachowany. Zmiany na dnie oka nie posunęły się. Łaknienie nieszczęśliwe, chora wychudła. Oczywiście, przystąpienie do zabiegu doszczętnego było wskazane wcześniej, czekałem jednak na decyzję matki dziecka, która długi czas nie godziła się na zabieg powtórny. Wreszcie, uzyskawszy zezwolenie rodziców, aczkolwiek późno i wobec niewielkiego zasobu sił chorej, postanowiłem jednak przystąpić do zabiegu w okolicy mózdzku, dotkniętego sprawą chorobową, (przypuszczalnie guzem nowotworowym lub gruczliczym), t. j. utworzyć tylną jamę czaszkową.

D. 10 kwietnia. Ułożywszy chorą w pozycji boczno brzusznej prawej z głową skrzyśną możliwie najbardziej ku poduszce i przy uniesieniu górnej części tułowia do kąta 45° powyżej linii poziomej, w uśpieniu chloro-

formowem wykonałem trepanację tylnej jamy czaszkowej, Okłucie pola operacyjnego sposobem Hackera-Naratha, t. j. obwodowo od mającego nastąpić cięcia, wykonałem na przestrzeni, odpowiadającej lewej półkuli, przeszedłszy jednak za linię pośrodkową na prawo na kilka centymetrów. Płat skórnookostnowy wytworzyłem z podstawą u dołu i oddzieliłem do otworu potylicznego. Krwawienie z wypustu żylnego sutkowego było b. silne, udało się jednak wstrzymać krwotok za pomocą wbicia w otwór wyjąłowanego kołeczka drewnianego. Kość, odpowiadającą rozmiarami płatowi skórnookostnowemu, wyciąłem całkowicie, odsłoniwszy zatokę poprzeczną u góry i potyliczną pośrodku. Podczas wycinania kości kleszczami nastąpiło prawie nagle wstrzymanie aktu oddychania przy istniejącem dalej acz nieco słabszem tętnie.

Zabieg przerwano, zastosowano środki podniecające podskórnice, pociąganie za język, odstawiono chloroform, ułożono chorą odpowiednio, czyniono kilka sztucznych oddechów, poczem stan poprawił się i wycięcia kości dokończono na zamierzonej przestrzeni.

Po dokonaniu tej części zabiegu lewa półkula mózdzku wpukliła się razem z pokrywającą ją jeszcze nietkniętą oponą twardą w otwór kostny. W kilku miejscach poprzez oponę dokonałem próbnich nakłuć lewej półkuli i w kierunku robaka mózdzku, lecz płynu żadnego nie wydobyto, a tylko cząsteczki tkanki mózgowej, czy też, jak się mogło zdawać, nowotworowej. Wobec złego stanu chorej, a mianowicie—ponownego wystąpienia groźnych zmian w oddechaniu, należało zaniechać otwarcia opony i względnie odłożyć dokończenie zabiegu na później. Płat skórnookostnowy przyłożyłem z powrotem i ranę zaszyłem całkowicie. Po operacji tętno słabe nitkowate, oddychanie b. powierzchowne, stan nieprzytomny. W  $\frac{3}{4}$  godziny po skończonym zabiegu zejście śmiertelne.

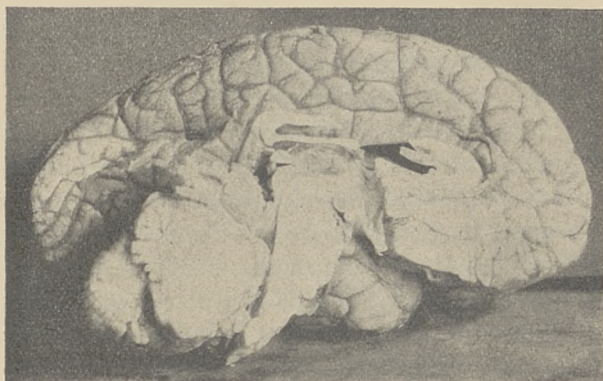
Na sekcji znaleziono ze strony jamy czaszkowej co następuje: istniejące za życia do ostatniej chwili spore wypadnięcie podskórne mózgu w obrębie otworu trepanacyjnego zwalniającego znikło zupełnie, a nawet zauważyć można było pewne w danem miejscu wklęsnięcie. Podczas otwierania czaszki okazało się, że w miejscu operacji zwalniającej płat skórnookostny przyrósł bardzo mocno na całej powierzchni do kory mózgowej, z opony zaś twardej i jej płatów pozostały niewielkie cząstki skurczone i przyrośnięte do brzegów otworu kostnego.

W mózdzku znaleziono guz wielkości mandarynki, wychodzący z robaka dolnego. Guz ten składał się makroskopowo ze zbitych serowatych mas, i nie tylko zniszczył robaka mózdzku, lecz również obie półkule na znacznej przestrzeni. Prócz tego istniało bardzo znaczne rozszerzenie komór bocznych i mniej wybitne komory III-ej—wypełnionych płynem mózgodzeniowym. (Patrz rys. na str. nast.).

Badanie drobnowidzowe wykazało budowę, właściwą dla guza serowatego gruźliczego mózdzku. Opis dokładny wyników badania, dokonanego łaskawie przez Dra K. Kuligowskiego w pracowni Warsz. Tow. Lek., brzmi dosłownie, jak następuje:

„Przy badaniu drobnowidzowem znaleziono: guz składa się z mas

serowatej i na obwodzie tej masy widać dość liczne ogniska o formie okrągłej, składające się z dużych komórek śródbłonka, stosunkowo słabo zabarwionych; w ogniskach tych często spotyka się komórki olbrzymie wielojądrowe, z typowym układem jąder. Rozpoznanie: tuberculum solitare cerebelli“.



Poniżej postaram się rozpatrzyć krytycznie tylko co opisany przypadek pod względem postępowania i techniki operacyjnej na tle współcześnie przyjętych metod odnośnych. Na tem miejscu pragnę zwrócić uwagę na pewne dane rozpoznawcze i dotyczące wskazań do zabiegów, które wykonałem.

Rozpoznanie nasze o tyle sprawdziło się, że istotnie istniał w omawianym przypadku guz mózdzku. Zobaczmy niżej, że i to już niekiedy stanowi bardzo wiele. Zaznaczę tylko, że umiejscowienie bólu głowy w okolicy czołowej, jak to miało miejsce w moim przypadku, nie należy bynajmniej do zjawisk częstych w guzach tylnej jamy czaszkowej. Natomiast pomimo niektórych danych klinicznych, aczkolwiek bardzo niepewnych i niezupełnych (np. chód chwiejny nie wykazał przewagi wybitnej na stronę lewą), że sprawy należy poszukiwać raczej w lewej, niż prawej półkuli mózdzku, przypuszczenie to nie sprawdziło się. Guz okazał się znacznie rozleglejszym, niż można było spodziewać się.

Wskazania do operacji doszczętnej w danym przypadku zrazu nie robiliśmy wobec niejasności co do istoty i rozległości

guza. Natomiast wobec grożącej ślepoty zupełnej dwustronnej należało jaknajśpieszniej wykonać zwolnienie (decompressio). Niestety, niewiele pomógł już ten zabieg: zmniejszył wprawdzie na pewien czas bóle głowy, ale postępującego zaniku nerwu wzrokowego nie powstrzymał, a nawet sprowadził pewne pogorszenie pod innymi względami (porażenia). Wobec tego nie pozostawało już nic innego, jak spróbować otwarcia miejsca siedliska guza, licząc jeszcze na jego nieszkodliwość, i zastrzegając się z góry co do rokowania zarówno „quoad valetudinem“ jak i „quoad vitam“. Wyczerpany jednak podstawowem cierpieniem ustrój nie zniósł samego przez się poważnego zabiegu, który też bezpośrednio zakończył się niepomyślnie.

Jeżeli jednak z drugiej strony weźmiemy pod uwagę, że przed samym zabiegiem, który miał być doszczętny, tętno chorej wynosiło do 116 uderzeń, oddech był prawidłowy przy ciepocie ciała względnie prawidłowej, to zmiany nagłe i wybitne ze strony tętna, a szczególnie — oddechu należy przypisać operowaniu w tylnej jamie czaszkowej, w sąsiedztwie ważnych ośrodków czynności życiowych. Ten fakt tem donioślejszy być się wydaje dla tak szybkiego zejścia niepomyślnego, że właściwie przy drugiej operacji wykonałem tylko połowę zabiegu, nie otwarłszy opony twardej. Tymczasem pierwszy, t. j. zwalniający zabieg wykonałem jednocześnie, wprawdzie na nieco silniejszej jeszcze wówczas chorej, przy tętnie 72—120, i jednak najmniejszych powikłań nie spostrzegąłem podczas całej nawet dłużej niż ta druga trwającej operacji.

Z tego względu wszelkie usiłowania, mające na celu z jednej strony kwalifikowanie do zabiegów doszczętnych w tylnej jamie czaszkowej chorych możliwie we wczesnych okresach sprawy chorobowej, a z drugiej — ograniczenie różnymi sposobami shocku operacyjnego ze względu na doniosłość życiową okolicy, o której mowa — znajdują w zupełności swe uzasadnienie.

Wyniki niepomyślne w dotychczasowych zabiegach w tylnej jamie czaszkowej głównie zależały i zależą od trzech przyczyn: zakażenia, krwotoków podczas operacji i zaburzeń groźnych ze strony serca i oddechania.

Zastosowanie wszelkich możliwych metod współczesnej



aseptyki wymaga tu daleko większej czujności ze strony chirurga, aniżeli w operowaniu w innych jamach zamkniętych ustroju ze względu na wrażliwość swoistą śródbłonna opon. Zarówno ważne jest przygotowanie chorego, względnie—racjonalne odkażenie powłok czaszki, jak samo operowanie nie tylko podług najskrupulatniejszych zasad aseptyki, lecz zarazem postępowanie najdelikatniejsze, oszczędzające tkanki, unikające możliwie wywierania ucisku na mózgowie i jego ważne części (np. na opuszkę) przy doborze odpowiednich narzędzi, nie manipulując o ile możności w mózdzku palcami.

Eiselsberg przed zabiegami na mózgu w celu odkażenia płynu mózgowordzeniowego poleca podawanie urotropiny. Samo zakażenie występuje albo bardzo szybko, tego samego dnia po zabiegu, albo nieco później, np. na 3 — 4 dzień. W pierwszym przypadku ciepłota dosięga 40 — 41° i zejście śmiertelne następuje bardzo szybko, w kilka godzin, przytem badanie postmiertne zmian spodziewanych może nie wykryć. Broca przypisuje ten fatalny, błyskawiczny niemal koniec znacznej utracie płynu mózgowordzeniowego. Zdaje się jednak, że przyczyną najprawdopodobniejszą jest tu jednak — bądź co bądź — zakażenie.

W innych przypadkach po paru dniach rozwija się zapalenie typowe opon i samej istoty mózgowej (meningoencephalitis), w objawach przygnębienia, ciepłocie 39 — 40° i zawsze z zejściem również śmiertelnem.

Niezmiernie doniosłe jest też pod względem walki z zakażeniem traktowanie rany operacyjnej, a mianowicie dotyczy to ważnego pytania: sprawy głębokiego sączkowania. Frazier, i wielu innych nie zaszywają rany doszczętnie, lecz posiłkują się sączkiem w przeciągu 1 — 3 dni, poczem usuwają go. Nie wszyscy jednak chirurdzy idą za ich przykładem: obawiając się zakażenia przez sączki, przeciwnie — stosują je wyjątkowo, gdy zabiegowi towarzyszyło np. trudne do opanowania krwawienie, w ogólności zaś zaszywają rany całkowicie.

Stieda, Cushing, Martel, Krause uciekają się często do sączkowania, lecz w przypadkach operacyjnego otwarcia komór mózgowych przestrzegają przed wprowadzaniem sączków do tych ostatnich. W tym samym kierunku wypowiadają się

Gaspero i Streissler. Borchardt, Horsley w razie silniejszego krwawienia zaszywają ranę całkowicie, stosując tylko bardzo powierzchowne podskórne sączkowanie. Stanowczo należy unikać tego ostatniego odnośnie do jam, powstających przy wyluszczeniu torbieli aseptycznych, np. glejowatych i w przypadkach t. zw. meningitis serosa externa circumscripta, opisywanego w ostatnich czasach coraz częściej (Zesas).

Z polskich chirurgów prof. Ziembicki na Zjeździe 1910 r. w Warszawie skłaniał się raczej ku sączkowaniu podstawy płata kostnego; inni znów mówcy np. Borzymowski, Sławiński, Czarkowski wypowiedzieli się na jednym z posiedzeń Tow. lek. Warsz. przeciwko stosowaniu sączków. Borzymowski natomiast w celu zabezpieczenia opon mózgu od zakażenia zaproponował i sam wykonał z powodzeniem obszycie cięcia na oponach szwem ciągłym. Atoli, jak się okazuje, wrażliwością wzmożoną na zakażenie odznacza się nie tylko śródbłonek opon, lecz i sama istota mózgowa (Pascalis). Zdaje się jednak, że całkowite zaszywanie rany operacyjnej w zasadzie zyskuje sobie coraz więcej zwolenników.

Nie bez wpływu pewnego na następne zakażenie jest też dwuczasowe operowanie, i jeżeli pomiędzy pierwszym aktem zabiegu t. j. wywierceniem otworu w czaszce i następnym, gdy mamy już otworzyć oponę twardą, upłynie kilka do kilkunastu dni, to nie da się zaprzeczyć, że do tego czasu warunki, w jakich znajdzie się pole operacyjne, mogą nie przedstawiać gwarancji stosunków aseptycznych w dostatecznej mierze. To też i w tym razie należałoby indywidualizować w wyborze przypadków do jedno- i dwuczasowych operacji w tylnej jamie czaszkowej, o czym jeszcze poniżej będzie mowa.

W przypadkach obfitego przeciekania płynu mózgowo-rdzeniowego przez otwory pomiędzy szwami należy często (np. 2 razy dziennie) zmieniać opatrunek z zachowaniem aseptyki. Opanowanie krwawienia wewnątrzmożgowego posiada znaczenie wielorakie: zapobiega wytworzeniu się krwiaka, mogącego uleść zakażeniu, czyni zbędnym sączkowanie, oszczędza siły chorego, wreszcie ułatwia zabieg operacyjny, pozwalając na dokładniejsze oryentowanie się w stosunkach anatomicznych.

Krwawienie z powłok, z kości i zatok żylnych również

wymaga zastosowania odpowiednich znanych sposobów zapobiegawczych i tamujących (obklucia skóry i zatok, zatykania otworów wylotów żylnych w kości i t. p.), które jednak łatwiej dają się skutecznie, niż tamowanie krwotoków z naczyń mózgowych. Szczególnie silne krwawienie może mieć miejsce podczas operowania guzów kąta mostowomózdkowego, t. zw. guzów słuchowych (tumores acustici), oplecionych tętnicami: słuchową wewnętrzną, mózdkową przednią i tylną, oraz spłotu naczyniastego (art. plexus chorioidei). Przewiązywanie tych naczyń nie jest bynajmniej zawsze łatwe i bezpieczne zarówno ze względu na uszkodzenie istoty mózgowej, jak na pochwycenie w podwiązkę przebiegających obok korzeni nerwów słuchowego, twarzowego, błędnego i innych.

Mocne tamponowanie w mózgu jest niewykonalne i wogóle przeciwwskazane w tych razach ze względu na zrozumiąłą szkodliwość nawet krótkotrwałego znaczniejszego ucisku. Jednakże w niektórych razach niepodobna obejść się bez tego sposobu w odpowiednim stopniu. W tym celu np. Horsley w pewnym przypadku bardzo ciężkiego krwawienia z mózgu zaszył powłoki miękkie nad tamponem z gazy, pozostawionym w ranie mózgu in situ. Niekiedy krwotoki bywają tak silne, że nie pozwalają na dokończenie zabiegu, a Pascalis naliczył w piśmiennictwie 10 przypadków, zakończonych śmiertelnie podczas operacji w tylnej jamie czaszkowej wskutek niemożności opanowania krwotoku z naczyń mózgu.

W wielu razach okazuje się skutecznem zlewanie pola operacyjnego w mózgu gorącym roztworem fizyologicznym soli (45°), gorącym roztworem sublimatu (1:10,000) podług Horsleya. Zapobiegawczo stosowano niejednokrotnie podawanie przed operacją chlorku wapnia (calcium chloratum), mleczanu wapnia (calcium lacticum), wstrzykiwania żelatyny, płynów fizyologicznych z adrenaliną; podczas trwania zabiegu układano głowę chorego możliwie wysoko, unikano narkotyzowania eterem i t. p. Najbardziej zajmujące jednak są metody, które często stosować w ostatnich czasach, a których podstawą jest odciąganie krwi od głowy za pomocą przyrządów, zmniejszających wpływ ciśnienia atmosferycznego na tułów i kończyny.

Sauerbruch w celu zmniejszenia krwawienia w polu ope-

racyjnem sporządził kamerę pneumatyczną, w której umieszcza chorego z wyjątkiem głowy, jak to ma miejsce w analogicznym przyrządzie do operacyi na narządach klatki piersiowej. Za pomocą odpowiedniego urządzenia obniża się ciśnienie atmosferyczne w kamerze za pomocą silnego wypompowania powietrza, i dzięki temu następuje zastój krwi w kończynach i klatce piersiowej, a przeważnie w jamie brzusznej. S. przekonał się nie tylko na zwierzętach, lecz i u ludzi, że istotnie w ten sposób występuje brak krwawienia zarówno z naczyń mózgu, jak i z żył śródkościa (diploë).

Podczas mego pobytu w r. b. w klinice Sauerbrucha w Zurichu miałem możność obejrzenia tego przyrządu: ma on kształt pudła podłużnego, oszklonego, w którym znajdują się otwory dla głowy, dla rąk asystenta i dla pompy. Otwory te zaopatrzone są w mankiety odpowiednie z materiału podatnego, dającego się zciągać. Jeden z tych mankietów w otworze, przeznaczonym dla głowy, obejmuje szczelnie szyję chorego. Dwa inne otwory przeznaczone są do rąk asystenta, który umieszcza je w pudle i kontroluje tętno, oraz w razie potrzeby ma możność wstrzyknięcia choremu pod skórę środków podniecających, znajdujących się wraz ze strzykawką w pogotowiu w kamerze obok chorego. Pomimo d. racjonalnego pomysłu w zasadzie, kamera Sauerbrucha nie zawsze dawała wyniki dodatnie nawet w rękach samego wynalazcy.

Nie zawsze też jest to postępowanie bezpieczne. Mówiono mi np., że w niektórych przypadkach chorzy tak źle znosili zastój krwi w tułowiu i kończynach i jednoczesne niedokrwienie dłuższe mózgu, że obniżenie ciśnienia stosowano tylko na czas wydobywania guza z mózgu, t. j. na przeciąg kilku minut. Wiadomo z doświadczeń na zwierzętach, że obniżenie ciśnienia w kamerze pomysłu Sauerbrucha o 15—20 mm. Hg zmniejsza znacznie krwawienie żyłne z mózgu, a obniżenie o 40 mm. Hg wstrzymuje krwawienie tętnicze. Zupełne jednak niedokrwienie mózgowia a szczególnie rdzenia przedłużonego z jego „węzłem życiowym“ przez czas dłuższy nie wydaje mi się być obojętnem i musi powodować poważne zaburzenia ze strony narządów krążenia krwi i oddychania. Stopień obniżania ciśnienia w kamerze należałoby indywidualizować, zmieniać podczas



zabiegu i t. p., co dotychczas nie udaje się skutecznie i nie należy zresztą do zadań łatwych. Prócz tego kamera taka, przeznaczona do bezkrwawego operowania na mózgu, posiada jeszcze i tę stronę ujemną, co przyznaje i sam Sauerbruch, że naraża na zatory powietrzne drogą żył śródkostnych, posiadających ściany niepodatne.

Bardziej bezpieczny sposób, lecz za to też i nieco mniej skuteczny, zastosował Dawbarn; a mianowicie — w celu zmniejszenia krwawienia podczas operacji mózgowych posiłkuje się on nakładaniem opasek Biera na kończyny dla wywołania w nich zastoju żylnego. Tym sposobem przynajmniej częściowo unika się dopływu krwi żyłnej do pola operacyjnego.

Na ostatnim (42-gim) zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie Ritter zaproponował jeszcze jeden sposób wywoływania niedokrwienia mózgowego podczas operacji. Otóż Ritter stwierdził, że człowiek jest w stanie znieść czasowe przewiązanie obu tętnic szyjnych w przeciągu 20 — 35 minut, co pociąga za sobą zupełne zahamowanie krążenia krwi w naczyniach mózgu. O ile jednak operacje, wykonywane tym sposobem na głowie bez otwierania opon, dawały dobre wyniki, o tyle zabiegi na mózgu samym sprowadzały porażenia kończyn bardzo rozległe, oraz ochłodzenie i wysychanie szybsze, niż zwykle tkanki mózgowej, co zresztą ma miejsce i przy stosowaniu metody Sauerbrucha. Dlatego też Ritter doradza dla operacji wewnątrzczaszkowych częściowe tylko zaciskanie światła tętnic. Okazuje się więc, że ze wszystkich trzech sposobów czasowego sztucznego niedokrwienia mózgu stosowanie kamery Sauerbrucha i przewiązanie tętnic szyjowych sposobem Rittera wymagają wielkiej ostrożności, jako niepewne i ryzykowne, a jedynie metoda Dawbarna, jako najbezpieczniejsza, zasługuje na uwagę.

Wprawdzie wszystkie te sposoby czynią zadość dwom tylko potrzebom, t. j. zabezpieczają chorego od utraty krwi i ułatwiają oryentowanie się w polu operacyjnym, nie chronią natomiast przed następczym krwiakiem w mózgu. Stanowi to jednak bardzo wiele: przy operowaniu w tylnej jamie czaszkowej każdy zabieg pomocniczy, oszczędzający siły chorego, posiada szczególne znaczenie.

Z drugiej strony brak krwawienia w jamie czaszkowej po-

zwala nam dokładniej, szybciej, głódziej a zarazem z możliwością zachowania wszelkich ostrożności usuwać guzy, torbiele i t. p. z głębi mózgu, co staje się niemożliwem przy obficie zalewanem krwią miejscu operowanem. Widząc dokładnie pole operacyjne, spokojnie działając i oszczędzając delikatne utkanie mózgowia, nie potrzebujemy obawiać się następstw krwiaka i możemy tem spokojniej całkowicie zaszyć ranę pooperacyjną. Zauważono przytem niejednokrotnie, że jeżeli tylko ściany jamy np. po guzie w mózgu nie zostały zbyt uszkodzone dzięki ostrożnemu operowaniu, to samoistnie zbliżają się ku sobie i tym sposobem wypełniają powstałe przy zabiegu braki i przerwy pośród substancji mózgowej. Tak więc wszelkie metody, mające na celu możliwe ograniczenie krwawień w polu operacyjnem, są nader pożądane. Z metod tych zapobiegawcza zastoina kończyn podług Dawbarna i polewanie rany w mózgu podczas operacji płynami gorącymi wydają się być najbardziej na razie wskazanemi.

Przechodzimy z kolei do najważniejszych zadań chirurga podczas operacji w tylnej jamie czaszkowej, a mianowicie—do sposobów, przedsięwziętych w celu unikania zapaści i nagłych zaburzeń ze strony działalności serca, a szczególnie oddychania, tak często jeszcze niestety decydujących o niepomyślnych zejściach na skutek samego zabiegu. Podług statystyki własnej Eiselsberga np. z 48 przypadków guzów tylnej jamy czaszkowej w 9 przypadkach nastąpiła śmierć bezpośrednio po operacji i to po pierwszym akcie (t. j. bez otwarcia jeszcze opon) wskutek wstrząsu. Co stanowi przyczynę zapaści i tego niespodzianego zwykle objawu, kiedy podczas operacji lub natychmiast po niej chory nagle przestaje oddychać, serce zaś tymczasem działa jeszcze czas jakiś w dalszym ciągu? Podług Frazier'a, zależą te zjawiska od wynaczynień do opuszki, inni dopatrują się przyczyny w niedość ostrożnem manipulowaniu podczas wyluszczenia guzów, otwierania ropni, lub w nagłem przesunięciu się z miejsca ważnych ośrodków życiowych po usunięciu rozległych nowotworów w sąsiedztwie tak doniosłej okolicy, jak IV komora i rdzeń przedłużony. Krause dopatruje się przyczyn zapaści w nagłem zmniejszeniu ciśnienia po zabiegach, Horsley — w porażeniu ośrodków oddychania, Crële — w pora-

zeniu nerwów, zwężających naczynia, Sahli — w zmianie statyki mózgowej.

Być może, że wszystkie te czynniki, podnoszone przez różnych badaczy, działają przez wspólną kombinację. Trudniejsze do zrozumienia są te przypadki, w których zapaść występuje dopiero na 10 — 11 dzień po zabiegu (Pascalis). Spostrzegano też często, co potwierdzić mogę na własnym przypadku, a na co kładzie nacisk Higier, że porażenie oddychania występuje niekiedy jeszcze przed właściwą operacją na mózdzku i jego okolicy. Sądzę, że samo wiercenie czaszki, manipulowanie kleszczami, odłamywanie płata kostnego może już w niektórych przypadkach wywierać podrażnienie uciskowe na ośrodki rdzenia przedłużonego i IV komory.

Obraz zaburzeń, rozpoczynających się od zatrzymania oddechu, jest w ogólnych zarysach następujący: przedewszystkiem zjawia się długa pauza oddechowa, tętno zaś, z początku dobre, staje się stopniowo coraz częstsze, drobniejsze, nieprawidłowe, poczem następuje ponownie kilka oddechów, następnie znowu pauza oddechowa, tym razem zwykle dłuższa i t. d., aż wreszcie oddech ustaje zupełnie, a po nim dopiero — czynność serca. Co jest jeszcze bardziej zajmujące, że niekiedy przytomność może być prawie do końca zachowana; miało to miejsce w jednym przypadku Krausego, w którym zatrzymanie oddechu wystąpiło już podczas wiercenia czaszki pod narkozą ogólną.

Wobec tak groźnego powikłania wypada uciec się do znanych sposobów ratowania chorego, które niestety najczęściej zawodzą, a przytem stają poważnie na przeszkodzie ewentualnemu dalszemu aseptycznemu operowaniu. Mam tu na myśli szczególnie stosowanie sztucznego oddychania, które wymaga zmiany położenia pacjenta, a przytem, jeżeli ma być skuteczne, to winno trwać zwykle bardzo długo, niekiedy — parę godzin, a nawet dłużej. Np. Gunkel zmuszony był stosować ten zabieg w przeciągu 6 ciu godzin, zanim chorego przywrócił do życia, a Laeven i Sievers wykonali cięcie tchawicy, założyli przyrząd Trendelenburga i wykonywali tym sposobem sztuczne oddychanie w przeciągu 9 ciu godzin i to bez wyniku. Bez wpływu zwykle pozostają takie środki, jak pociąganie za język,

wstrzykiwania eteru, kamfory, rozczynów soli, wdychania tlenu, natomiast Horsley zaleca atropinę i naparstnicę.

Wobec bezsilności sposobów powyższych uwaga chirurgów zwrócona została w innym kierunku, a mianowicie — ku zapobieganiu występowania groźnych objawów, zależnych wedle wszelkiego prawdopodobieństwa od zmian, zachodzących w ośrodkach krążenia krwi i oddychania. Jeden z najważniejszych czynników stanowi tu możliwie wczesne operowanie, t. j. w okresie, kiedy dzięki zachowanym siłom ustroju wykonanie zabiegu samego przez się względnie długiego i wyczerpującego daje możliwość uchronić chorego od zapaści. Krause w czasach ostatnich spostrzegał stosunkowo gorsze wyniki bezpośrednio po operacjach na mózgowiu, aniżeli poprzednio, przypisuje to całej seryi ciężkich, daleko posuniętych, zaniedbanych przypadków, które był zmuszony operować, ulegając natarczywym prośbom tak dalece cierpiących chorych, że grozili samobójstwem.

Skoro tylko rozpoznanie schorzenia tylnej jamy czaszkowej, dostępnego do zabiegu chirurgicznego, zostało uczynione, aczkolwiek jest to możliwe — niestety! — w niewielkiej stosunkowo liczbie przypadków, to nie należy tracić czasu, jak to zdarza się często, na spostrzeganie zbyt długie, leczenie *ex juvantibus*, lecz natychmiast przystąpić do operacji. W razie zaś niedostatecznego rozpoznania przy postępującej brodawce zastoinowej i w przypadkach daleko posuniętych i zaniedbanych lepiej jest ograniczyć się do zabiegu zwalniającego, chwilowego lub stałego.

W moim przypadku wobec nieścislego umiejscowienia guza mózdzku i nieokreślenia jego charakteru wykonałem początkowo trepanację dekompresyjną, nie zaś zabieg doszczętny ze względu na szybko postępujące objawy ucisku mózgowego u chorej, już nieco wyczerpanej cierpieniem podstawowem. Tembardziej było to wskazane, że bądź co bądź od początku spostrzegania swego przypadku zdecydowany byłem na wykonanie otwarcia tylnej jamy czaszkowej, a istnienie wentyla zwalniającego ucisk wewnątrzmożgowy wogóle, mogło okazać się pożytecznem przy następczem otwieraniu tylnej jamy móz-



gowej, gdzie dekompresja nagła wywołuje często objawy burzliwe.

Wilms przed otwarciem opony w obrębie mózdzku rozszerza otwór trepanacyjny w postaci brózdki szerokiej, biegnącej ku okolicy skroniowej. W brózdce tej przecina oponę, wywołuje tutaj zwolnienie, i tym sposobem zmniejsza ucisk w innym miejscu, a nie w okolicy mózdzku. Nagłe bowiem wpuklenie się tego ostatniego w otwór trepanacyjny ma pociągać za sobą i wtłaczać weń również rdzeń przedłużony razem z jego ośrodkami. Stąd wniosek — jak ostrożnym być należy przy otwieraniu opony w tylnej jamie czaszkowej w przypadkach wzmożonego ciśnienia wewnątrzmożgowego, zatem w przypadkach dalej posuniętych. W każdym razie przecinanie opony na mózdzku należy wykonywać powoli i stopniowo. Jeżeli w moim przypadku zabieg zwalniający był usprawiedliwiony, to natomiast przyznać muszę, że do zabiegu doszczętnego przystąpiłem zapóźno, czego wynikiem były owe typowe zaburzenia czynności oddechowych i serca, które sprowadziły bardzo szybko zejście śmiertelne nawet przed otwarciem opony. Nader ważne jest ułożenie chorego do operacji na tylnych częściach mózgowia. Ułożenie to bywa najrozmaitsze u różnych chirurgów; najracjonalniejsze jednak winno być takie, ażeby nie wpływało ujemnie na akt oddychania, a z drugiej strony—ażeby dawało dostęp swobodny do pola operacyjnego.

Bail wymyślił przyrząd, który pozwala na ułożenie chorego na brzuchu tak jednak, że twarz i klatka piersiowa znajdują się w powietrzu i przez to ani swobodne oddychanie, ani podawanie środka usypiającego nie napotykają na przeszkodę. Przyrząd Baila, ulepszony w szczegółach przez Cushinga, może być dostosowany do każdego prawie zwykłego stołu operacyjnego i składa się z 3 podpór, wysuniętych poza krawędź stołu: 2 ch dla ramion i jednej dla części czołowej głowy. Krause, Küttner operują w pozycji siedzącej chorego, asystent zaś obydwoma rękami podtrzymuje głowę. Borchardt używa specjalnej podstawy pod głowę, wysuniętą poza stół, klatka piersiowa chorego, leżącego na brzuchu, spoczywa na miękkich sprężystych poduszkach. W razie braku owej pod-

stawy głowę utrzymuje w powietrzu pomocnik. Hacker, Pels-Leusden operują w tylnej jamie czaszkowej w położeniu chorego półbrzusznem, głowę przechylają mocno ku przodowi, przytem górna część tułowia uniesiona jest pod kątem  $45^{\circ}$ . W tem też położeniu, nie posiadając w szpitalu specjalnych urządzeń, wykonałem zabieg u mojej chorej.

Z opisanych pozycji operowanie w położeniu siedzącym chorego jest bardzo wygodne, jednak łatwo sprowadza niedokrewność mózgu i omdlenia. Położenie zupełne na brzuchu na stole operacyjnym bez przyrządów Baila i Cushinga utrudnia oddychanie i w razie braku specjalnych podpór najodpowiedniejszym wydaje mi się położenie boczno brzuszne. Bardzo ważne zadanie ma do spełnienia pomocnik, trzymający głowę: nie tylko właściwe trzymanie jest tu konieczne, lecz należy się wystrzegać czynienia głową w czasie zabiegu gwałtowniejszych, naglejszych ruchów, mogących zagrażać wprost życiu chorego. Przyczynę tego ujemnego zjawiska stanowi nagła zmiana w krążeniu krwi w rdzeniu przedłużonym i ewentualnie zaburzenia w ciśnieniu wewnątrzmożgowem — nie będącym już w stanie prawidłowym wskutek sprawy chorobnej.

Czynnikiem niezmiernej doniosłości dla chirurgii tylnej jamy czaszkowej jest sprawa usypiania. Do ostatnich czasów narkoza ogólna bądź chloroformowa, bądź też eterowa, wreszcie w kombinacji z tlenem przy pomocy przyrządu Roth-Drögera i innych znajdowała prawie wyłącznie swe zastosowanie. Obecnie chirurdzy, pracujący nad rozwojem chirurgii mózgu, coraz bardziej dochodzą do wniosku, że należy ograniczać do minimum podawanie narkozy ogólnej, a natomiast jaknajszerzej stosować znieczulenie miejscowe. Istotnie — usypianie ogólne przedstawia tutaj znacznie więcej niebezpieczeństw, aniżeli w innego rodzaju operacjach i to bez względu na rodzaj użytego środka. Chloroform najczęściej stosowany przez europejskich chirurgów tem łatwiej jest w stanie doprowadzić do zapaści, że, jak wiadomo, działanie trujące tego narkotyku najsilniej odbija się na ośrodku oddychania, który posiada jakoby szczególne powinowactwo do chloroformu (Grunert). Z drugiej strony zaś wiemy już, na jakie niebezpieczeństwo narażony jest ten ośrodek właśnie ze strony samych zabiegów na mózdzku,

jako takich. Pomijając inne ujemne strony działania na ustrój narkozy chloroformowej, już to jedno wystarcza, by stosowanie jej rugować z użycia przy operacjach w tylnej jamie czaszkowej. Krause jednak w swych operacjach nie wyrzekł się chloroformu, lecz podaje go z tlenem, któremu przypisuje wpływ dodatni na akt oddychania oraz własności hamujące krwawienie z naczyń żylnych i włoskowatych. Chirurgowie amerykańscy natomiast oddają pierwszeństwo przed chloroformem eterowi, który nie posiada wprawdzie ujemnych stron poprzedniego środka w stosunku do oddechu, lecz za to przyczynia się do silniejszego krwawienia z żył i sprowadza wymioty w silnym stopniu. Pomimo szkodliwości znieczulania ogólnego, większość chirurgów jednakże uznaje potrzebę stosowania tej metody, pomimo wszystko, w przypadkach operacji na tylnych odcinkach mózgowia u osób bardzo wrażliwych, neurasteników w wyższym stopniu i u dzieci. Jeżeli jednak mamy decydować się na podanie narkozy ogólnej u tej kategorii chorych, to z zachowaniem przynajmniej wszelkich możliwych ostrożności, a mianowicie: 1) podający środek usypiający winien być obytym z nim i doświadczonym lekarzem, 2) podawać należy środek usypiający z tlenem za pomocą odpowiednich przyrządów, 3) najskrupulatniej kontrolować czynności oddechu i serca. Dla tego ostatniego celu ogromnie pomocnymi okazały się przyrządy, mierzące ciśnienie krwi, jak Riva-Rocchiego, Amblarda, oscillometr Pachona i inne.

W jednym też są zgodni wszyscy niemal zwolennicy, coraz mniej zresztą liczni, narkozy ogólnej, że nie należy dokonywać przedtem wstrzykiwań morfiny. Kombinację tę stosowano dotychczas przed operacjami na mózgu dość często, jednakże Horsley, a po nim inni przekonali się, że alkaloid ten wywiera również wpływ ujemny na ośrodki oddechowe, przyczem Eiselsberg spostrzegął kilkakrotnie po wstrzyknięciu nieco silniejszych dawek objaw Cheyne-Stockesa.

W moim przypadku przed pierwszą operacją wstrzyknąłem chorej niewielką dawkę morfiny, nieznane mi bowiem jeszcze były doświadczenia innych pod tym względem. Zaburzeń jednak z tego powodu nie zauważyłem. Jeżeli wyłączyć pewne specjalne przypadki, to jednak w znakomitej większości można

doskonale obejść się bez narkozy ogólnej, a natomiast operować w tylnej jamie czaszkowej w znieczuleniu miejscowym. Wszyscy chirurgowie, którzy wykonywali wiercenie czaszki, doszli do przekonania, że opona twarda i istota mózgowia nie odznaczają się wrażliwością na ból, stąd wniosek, że wystarcza poddać znieczuleniu powłoki głowy, aby mózdz wykonywać zabiegi w jamie czaszkowej, nie narażając chorych na cierpienia. Braun wypracował w tym celu przepisy znieczulenia miejscowego, a rozwinęli je dalej Hohmeier i Hirschel. Ten ostatni proponuje prócz tego wstrzykiwanie przed operacją silniejszych dawek morfiny samej lub ze skopolaminą, a to w celu uspokojenia wrażliwszych chorych i zmniejszenia przykrego wrażenia, powodowanego wstrząśnieniami mózgu podczas wiercenia kości.

Zaznaczyłem już wyżej, że stosowanie morfiny w chirurgii mózgu wymaga jednak ostrożności, i że korzystniej jest unikać tego środka. Do znieczulenia miejscowego powłok tylnej okolicy czaszki, jak wykazuje doświadczenie kliniki Heidelberskiej, najlepiej jest posiłkować się  $\frac{1}{2}$ —1% roztworem nowokainy z suprareniną, przyczem ogólna ilość płynu zastrzykiwanego wynosi do 100 grm. Wstrzykiwanie zaczyna się od 2-ch punktów, położonych w okolicy wyrostków sutkowych, i powinno sięgać wgląd do okostnej, a w okolicy karku aż do wyrostków poprzecznych górnych kręgów szyjowych. Ku górze pole znieczulenia przechodzi daleko powyżej guzowatości zewnętrznej (protuberantia ext.). Hirschel stosuje prócz tego okłucie sposobem Haidenhaina, Braun zaś odrzuca wszelkie środki i sposoby, zapobiegające krwawieniu, licząc na działanie suprareniny. W samej rzeczy—często są one zbyt liczne. Miałem sposobność być obecny w klinice Wilmsa przy dwóch operacjach na mózgu: przy wierceniu czaszki z powodu padaczki i przy jednoczasowym zabiegu wyluszczenia guza mózdzku. Obie operacje przebiegały bezboleśnie dla chorych, a krwawienie z powłok miękkich było bardzo nieobfite.

Znieczulenie miejscowe posiada i tę jeszcze zaletę, że, stosując je w zabiegach na tylnej jamie czaszkowej, można mniej krępować się sposobem ułożenia chorego na stole operacyjnym i częściej uciekać się do operowania w pozycji sie-



dzącej pacyenta. W celu zwalczania porażenia oddychania w zabiegach w tylnej jamie czaszkowej Unger i Bettman polecają stosowanie wdmuchiacza Meltzera zarówno przy narkozie ogólnej, jak przy znieczuleniu miejscowem. Stadler, stosując tym sposobem wdmuchiwanie tlenu w przeciągu 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> godzin, uratował ostatecznie życie swemu choremu, który podcza wiercenia czaszki przestał nagle oddychać.

W szeregu czynników, wywierających wpływ na wyniki bezpośrednie zabiegów w tylnej jamie czaszkowej, staje ciągle jeszcze na porządku dziennym sprawa jedno- czy też dwuczasego operowania. Większość chirurgów europejskich trzyma się zasady dwuczasewych zabiegów, to samo u nas. Natomiast chirurgowie amerykańscy np. Cushing operują przeważnie jednoczasowo, chwając się dobrymi wynikami z takiego postępowania. Na korzyść operacji jednoczasowej przemawia ten wzgląd, że łatwiej jest uniknąć zakażenia i jego następstw; dwuczasewa zaś operacya chroni od wstrząsu i skraca zabieg, rozkładając go na dwa tempa, co nie jest bez znaczenia u wrażliwych i osłabionych chorych. Jak w wielu innych sprawach, tak też i w tej — indywidualizowanie odgrywa rolę najważniejszą: w przypadkach, gdy mamy do czynienia ze stanem ogólnym pomyślnym, z osobnikami niewyczerpanymi, a zatem w początkowych okresach choroby, i jeżeli podczas zabiegu ciśnienie krwi stale zachowuje się prawidłowo (Frazier), nie należałoby obawiać się zabiegu jednoczasowego, szczególnie przy zastosowaniu znieczulenia miejscowego. W pozostałych jednak razach, gdy przytem wypada nam wiercić kość na znacznej przestrzeni, gdy nie możemy uniknąć uspienia ogólnego, ostrożność nakazuje poprzestać na pierwszej połowie zabiegu, nie odkładając jednakowoż aktu następnego dłużej nad 5—6 dni, o ile tylko warunki ogólne ustroju na to pozwalają.

Wyżej wspomniałem też pokrótce o doniosłości ostrożnego operowania i delikatnego manipulowania podczas zabiegów w tylnej jamie czaszkowej. Z naciskiem dodać tu jeszcze wypada, że najdoświadczeńsi chirurgowie w dziedzinie operacyi mózgowych, jak Eiselsberg, Krause stanowczo powstają przeciwko wyłuszczeniu guzów mózdzku i jego okolicy za pomocą palca, jak to nieraz dotychczas było praktykowane. Szpatle, łyżeczki

odpowiednie i t. p. narzędzia winny zastąpić palec, który rozmiarami swymi i uciskiem powodować może zbyt wielki uraz na otaczającą guz lub torbiel tkankę mózgową. Krause posługuje się też w celu wydobycia guzów z mózgu specjalnym szklanym aspiratorem, który stopniowo wyłania je na zewnątrz. Wiadomo również, jak wielką przeszkodę w razie docierania do guzów kąta mostowomózdzkowego stanowi wypadanie gwałtowne mózdzku po otwarciu opony twardej. Zamiast utrzymywania mózdzku palcami, względnie — tamponami, prof. Ziembicki zaproponował nałożenie nitek podwójnych na każdy brzeg przeciętej opony, której płaty mogą być zbliżone przez pociąganie za nitki, i w ten sposób bez dotykania istoty mózdzku udaje się utrzymywać go możliwie *in situ*. Hildebrand, Hacker w tych przypadkach, gdy mózdzek nie daje się dość łatwo wepchnąć do jamy czaszkowej z powrotem, doradzają wycięcie części półkuli wzgl. półkul, co — jak potwierdzają i inne spostrzeżenia — nie sprowadza następstw niepomyślnych.

Do kategorii czynników, zmniejszających uraz operacyjny na mózdzek i rdzeń przedłużony, należy wreszcie zupełne usuwanie płata kostnego zamiast stosowanej przez niektórych operacyi kostnowytwórczej. Niejednokrotnie bowiem stwierdzono, że nadłamywanie płata kostnego u jego podstawy, t. j. tuż przy otworze potylicowym wielkim, wywołuje nagle ciężkie zaburzenia, a nawet może spowodować śmierć natychmiastową wskutek nacisku na rdzeń przedłużony. Z tego też powodu Borchardt, Eiselsberg i wielu innych wycinają kość zupełnie, tembardziej, że gruba warstwa mięśni w okolicy potylicznej wraz z zachowaną okostną stanowią dostateczne w następstwie zabezpieczenie tylnego odcinka mózgowia. Niektórzy chirurdzy do tego stopnia występują w obronie możliwie najdalej posuniętego oszczędzania istoty mózgowej, że polecają odsłanianie mózdzku na przestrzeni możliwie ograniczonej, np. w obrębie jednej na razie półkuli, o ile tylko rozpoznanie ściślejszego umiejscowienia sprawy jest możliwe. Jest to postępowanie wbrew odmienne od tego, które polecają w każdym przypadku zwolennicy t. zw. „Crossbow“ — cięcia podług Cushinga, odsłaniającego odrazu obie półkule mózdzku.

Co się tyczy narzędzi, to niemal każdy chirurg, pracujący

na polu chirurgii mózgowej, dobiera sobie te lub inne i modyfikuje podług swego uznania, oraz podług tego, jakimi z nich jest mu najłatwiej pracować. Przepisów ścisłych pod tym względem być nie może i nie powinno prócz tego jednego, że dobór narzędzi i operowanie nimi ma mieć na celu jaknajszybsze i jaknajgładsze wykonanie zabiegu. Zaznaczę tylko, że aczkolwiek dłuto i młotek coraz bardziej wychodzą z użycia, to jednak zupełnie wyrugowane być nie mogą i w przebiegu każdego zabiegu w tylnej jamie czaszkowej winny znajdować się pod ręką. Np. w paru przypadkach Oderfelda kość potyliczna miejscami była tak gruba, że jedynie dłutem i młotkiem powiodło się ją wycinać, inne bowiem powszechnie używane narzędzia do wiercenia — np. kleszcze Dahlgreena — zawiodły w zupełności. Oczywiście, że uderzenia młotkiem winny być możliwie lekkie z odpowiednimi przestankami, szczególnie gdy operujemy w znieczuleniu miejscowem.

Wszystkie powyżej przytoczone szczegóły, mające na celu przedstawienie sposobów zapobiegania powikłaniom ciężkim podczas zabiegów w tylnej jamie czaszkowej, dotyczą operacji doszczętnych, dążących do usunięcia bezpośredniego spraw chorobowych, wywołujących cały szereg poważnych objawów klinicznych. Zadaniem chirurgii jest — bez wątpienia — zmniejszać niebezpieczeństwo dotychczasowych zabiegów, jako takich, i ulepszać metody operacyjne, lecz z drugiej strony o wiele korzystniejsze otrzymywalibyśmy wyniki, gdyby rozpoznawanie właściwe schorzeń mózdzku wzgl. tylnej jamy czaszkowej zarówno co do umiejscowienia i natury różnych spraw było dostępniejsze i bardziej ustalone.

Od dokładnego rozpoznania zależy wskazanie do operacji i rodzaj zabiegu, lecz tutaj pomimo postępów współczesnej neuropatologii i żywego współdziałania jej naukowych przedstawicieli w usiłowaniach odnośnych ze strony chirurgów, ci ostatni odczuwają dotychczas wielkie braki. Nie wdając się w szczegóły, nadmienię, że z najczęstszych spraw chorobnych, dostępnych wogóle zabiegom chirurgicznym, a gnieźdzących się w tylnej jamie mózgowej, jako to: glejaków, mięsaków, raków, guzów gruczliczych, kilaków, ropni przewlekłych i różnego typu i pochodzenia torbieli mózdzku; specjalnych guzów kąta mo-

stowomózdzkowego, ogr. zapalenia opon mózgowych, wreszcie guzów kości potylicznej żadna z nich nie posiada cech objawowych swoistych. Wszystkie te guzy przebiegają w objawach prawie niekiedy zupełnie identycznych. Nietylko umiejscowienie ściślejsze tych schorzeń w odnośnym odcinku mózgowia bywa często niemożliwe do określenia, lecz wogóle rozpoznanie umiejscowienia sprawy w mózgu naraża nas często na niespodzianki. Znane są przypadki, w których wszystkie objawy przemawiały na korzyść guza tylnej jamy czaszkowej, tymczasem okazywało się, że siedliskiem nowotworu bywały zwoje czołowe mózgu. Bywają inne, w których rozpoznaje się na zasadzie objawów klinicznych guzy mózgu, tymczasem badania pośmiertne zmian odnośnych nie stwierdzają (guzy wrzekome Nonnego). I co do rozległości sprawy, i co do jej natury często pozbawieni jesteśmy ściślejszych danych pomimo najdokładniejszych badań i dociekań. Zarówno sprawy rozlane, jak niektóre guzy złośliwe stanowią najczęściej schorzenia, nie nadające się do operacji, a tymczasem przekonywujemy się często o tem dopiero podczas zabiegu tak poważnego, jak odsłonięcie mózdzku, IV komory i t. p.

Zachodzi pytanie, czy wobec niebezpieczeństwa rozleglejszych zabiegów w tylnej jamie czaszkowej operowanie złośliwych guzów mózdzku i sąsiednich narządów winno wogóle być wskazane ze względu na trudności doszczętnego usunięcia tych nowotworów i ich skłonności stałej do nawrotów? Czy nie słuszniej byłoby w wielu razach ograniczyć się do zabiegów łagodzących, zwalniających wobec np. groźnej ślepoty i dolegliwości przykrych natury podmiotowej?

Jak odróżnić jednak guzy złośliwe od niezłośliwych, np. raki, mięsaki od torbieli, włókniaków, naczynek i kilaków? Zadanie to niełatwe. Z drugiej strony, niektóre metody badań i spostrzegania wymagają czasu, np. potwierdzenie natury schorzenia kilowego leczeniem *ex juvantibus*, tymczasem u chorego kilowatego może być sprawa w mózdzku z kilą nic wspólnego nie mająca, być może — dostępna nawet dla zabiegu doszczętnego. Na spostrzeganie odnośne poświęca się częstokroć sporo czasu, nawet niekiedy zbyt wiele i dzięki temu opuszczamy okazyę odpowiednią do zabiegu w porze właściwej,



wcześniejszej, odpowiedniejszej i przez to tracimy nieraz chorych.

Być może, iż najnowsze badania biologiczne Abderhaldena, znajdujące coraz szersze zastosowanie i wkraczające śmiało w dziedzinę patologii, okażą pewne usługi chirurgii mózgu wogóle, a więc i pod względem rozpoznawania natury guzów tylnej jamy czaszkowej. Pewne poczynania pod tym względem już istnieją: mianowicie Epstein i prawie jednocześnie z nim Gombarow w doświadczeniach swych stwierdzili, że surowica osobników, dotkniętych rakiem, rozszczepia jedynie białko guzów rakowych, a nie rozszczepia białka guzów mięsakowych i odwrotnie. Surowica krwi chorych na raka i mięsaka nie rozszczepia białka łożysk prawidłowych i t. d. Postępy na tem polu idą bardzo szybko naprzód, i kto wie, czy nie dadzą z czasem metody niezawodnej do odróżniania w ustroju ludzkim nowotworów torbielowatych od złośliwych, a to tembardziej, że stosowana w ostatnich czasach serodyagnostyka nowotworów Dungerna wyników pewnych nie daje.

Co się tyczy jeszcze rozpoznawania guzów mózgu wogóle oraz ich natury, to przez pewien czas, szczególnie w Niemczech, było w użyciu postępowanie podług Neisser-Pollacka, a polegające na nakłuciu mózgowia wprost przez czaszkę specjalnym wązkim świdrem w celu aspirowania następnie kaniulą cząsteczek tkanek lub pewnych ilości płynów, i poddania ich odnośnemu badaniu. Jest to jednak zabieg, wykonywany na ciemno i narażający na skaleczenie zatok lub większych naczyń opon i mózgu, co przy wzmożonem ciśnieniu wewnątrzczaszkowem może spowodować nawet zejście niepomysłne. To też większość chirurgów współczesnych z Krausem na czele odrzuca to nakłucie. Bardziej bezpieczna jest metoda Keenna, ponieważ posiada określone punkty doświadczałne i kierunek, na zasadzie których wykonywamy nakłucie bocznych komór, co może być korzystne przy rozpoznawaniu różniczkowem guzów mózdzku od samoistnego wodogłowia. Lepsze, niż sposób Neisser-Pollacka, jest wywiercenie podług Auerbacha niewielkiego otworu w kości (0,5 cm.) frezą Doyena, odsłonięcie opony i wkłuwanie przez tę ostatnią kaniuli w celach rozpoznawczych pod kontrolą wzroku, unikając zranienia przynajmniej

naczyń oponowych i zatok. Bądź co bądź, wszelkie pomysły, powoływane do życia w celu ułatwienia rozpoznawania siedliska i natury guzów mózgowia, należy witać z uznaniem, jako kroki naprzód do czynienia wyników chirurgii tylnej jamy czaszkowej korzystniejszymi. A wyniki te są jeszcze bardzo dalekie od zadowalających, aczkolwiek widzimy pod tym względem pewne zmiany na lepsze. Jeżeli np. Oppenheim w r. 1902 na zasadzie materiału statystycznego podał śmiertelność po operacjach guzów mózdzku = 71%, to obecnie po latach 10 ciu odsetek śmiertelności u niektórych chirurgów, posiadających wprawę i doświadczenie na tem polu, nieco zmałał. Np. w 1909 r. statystyka ogólna, zebrana przez Berthaux'a i Burniera, a dotycząca zabiegów na mózdzku u dzieci—u których wogóle operacje tego rodzaju dają wyniki liche—wykazuje 65% zejść niepomyślnych. Z poszczególnych chirurgów Hildebrand (r. 1912) z 51 przypadków guzów tylnej jamy czaszkowej, osobiście spostrzeganych i operowanych, stracił na skutek operacji 20 chorych, t. j. około 40%. Interesujące jest, że z owych 20 przypadków, zakończonych śmiertelnie, w 16-tu okazało się, że miano do czynienia ze sprawami, nie nadającemi się wogóle do operacji (inoperabiles), czyli, że ta ostatnia nie była wskazana. O tem jednak, wobec trudności rozpoznawczych, przekonano się dopiero podczas samych zabiegów lub na stole sekcyjnym. Jest to fakt nader pouczający, jak dalecy jesteśmy od możliwości dokładnego rozpoznawania spraw chorobowych w tylnej jamie czaszkowej.

Należy przytem wziąć pod uwagę i tę okoliczność, że statystyka Hildebranda należy do szczególnie dobrych. Krause na tegorocznym zjeździe lekarskim międzynarodowym w Londynie, podając ogólną statystykę własną operacji na mózgu, przytoczył 51% śmiertelności po zabiegu na mózdzku, zaznaczając przytem, że z pomiędzy operowanych jednoczasowo zmarło 65%, z pomiędzy operowanych dwuczcasowo 20%. Eiselsberg na zjeździe chirurgów w Berlinie (1913) wykazał, na zasadzie statystyki osobistej, że z 33 przypadków zabiegów na mózdzku, mających być wykonanymi dwuczcasowo, w 9-ciu nastąpiło zejście śmiertelne zaraz po pierwszym akcie; z 17-tu chorych, operowanych z powodu guzów n. słuchowego (tumores acustici),

tylko 4-ch wyzdrowiało. Wogóle guzy kąta mostowomózdkowego dają, zdaniem Eiselsberga, największe odsetki śmiertelności pomimo względnie łatwiejszego rozpoznania. To samo twierdzi Krause, który na 24 przypadki operowanych guzów tej kategorii otrzymał zejście niepomysłne aż u 20 chorych! Najczęstszą przyczynę zejść niepomysłnych w zależności od zabiegów operacyjnych w tylnej jamie czaszkowej stanowi zapalenie opon mózgowych wskutek zakażenia (Eis lsberg) i wstrząs (Krause).

Nic dziwnego, że wobec tak mało pomyślnych wyników leczenia doszczętnego schorzeń chirurgicznych tylnej jamy czaszkowej niepoślednie miejsce w chirurgii tej właśnie okolicy zajęły zabiegi łagodzące (paliatywne), inaczej — objawowe, bądź to mające charakter tymczasowy, przygotowawczy do zabiegów doszczętnych, bądź to wykonywane w niektórych razach celowo na stałe. Wszystkie zabiegi te mają za zadanie zmniejszenie ucisku wewnątrzmożgowego, towarzyszącego większości spraw chorobowych tylnej jamy czaszkowej, a przyprawiającego chorych o nieznośne cierpienia i grożące ślepotą.

Wskazania bezwzględne do operacji zwalniających istnieją przede wszystkim w przypadkach daleko posuniętych, u chorych osłabionych, dla których zabiegi doszczętne są przeciwwskazane, następnie — w tych razach, gdy rozpoznawanie nie może nam dać żadnych wskazówek co do charakteru i umiejscowienia sprawy, a chorym grożą poważne zaburzenia ze strony wzroku. Zwlekanie w tego rodzaju przypadkach z operacją łagodzącą, czekanie na rozpoznanie i na długie spostrzeganie stanowi ciężki błąd zawodowy, tembardziej, że nic nie stoi na przeszkodzie wykonaniu w następstwie operacji doszczętniej w razie potrzeby. Wskazania względne dotyczą przypadków lżejszych, w okresie tworzenia się dopiero brodawki zastoinowej, kiedy wielu chirurgów odważa się odrazu na zabieg doszczętny.

Do sposobów, za pomocą których możemy wpływać dodatnio na zmniejszenie ciśnienia wewnątrzmożgowego wogóle, zaliczyć wypadnie następujące zabiegi:

1. Nakłucie lędźwiowe.
2. Nakłucie komór bocznych mózgu.

3. Sączkowanie komór.
4. Przekłucie spoidła (sp. Antona-Bramana).
5. Wiercenie zwalniające (decompressio).

1. Nakłucie łądźwiowe w przypadkach spraw chorobowych tylnej jamy czaszkowej, jako zabieg pierwotny, jest stanowczo przeciwwskazane: spostrzegano po niem nietylko znaczne pogorszenie stanu ogólnego chorych, lecz nawet zejścia śmiertelne natychmiast, lub w parę godzin potem (Küttner, Borchardt, Lesné, Roy). Fürbringer przytacza 6 nakłuć łądźwiowych w przypadkach guzów mózdzku, z których 4 zakończyły się nagle śmiercią. Borchardt tłumaczy te smutne fakty tem, że w cierpieniach tylnej jamy czaszkowej ciśnienie wypuszczonego płynu mózgowordzeniowego obniża się dość szybko, z drugiej zaś strony szybkie obniżenie ciśnienia wtłacza mózdzek w otwór potylicowy wielki, co może spowodzić nagle zejście śmiertelne wskutek zaburzeń w krążeniu krwi i urazu rdzenia przedłużonego. Natomiast dozwolone jest wykonywanie nakłucia łądźwiowego wtórnie, t. j. w tych przypadkach, gdzie został już poprzednio wycięty otwór w czaszce, np. po zabiegu zwalniającym. Tak właśnie postąpiłem we własnym przypadku, i po dokonaniu wiercenia zwalniającego zastosowałem kilkakrotnie potem nakłucie łądźwiowe, i nietylko nie spostrzegałem żadnych zaburzeń, lecz nawet stwierdzić mogłem poprawę niektórych objawów, aczkolwiek z wynikiem przemijającym.

2. Nakłucie komór, wprowadzone w użycie przez Keena, jest mniej stosunkowo niebezpieczne, niż zabieg poprzedni, jednakże i po niem spostrzegano zejścia niepomysłne (Krause, Haidenhein). Prócz tego nakłucie komór, jak zresztą i nakłucie łądźwiowe, daje wynik chwilowy i musi być powtarzane w miarę gromadzenia się płynu w komorach nanowo. Payr zaleca nakłucie komór mózgu wyjątkowo, w przypadkach rozpaczliwych, w których na inny zabieg zdecydować się niepodobna.

3. Sączkowanie komór bocznych zostało zaproponowane i wykonane głównie przez dwóch chirurgów: Mikulicza i Payra. Mikulicz w swych operacjach miał na celu stałe połączenie komory bocznej z przestrzenią podoponową za pomocą sączka. Atoli wyniki takiego postępowania były nieszczególne, i metoda ta naśladowców nie znalazła. Payr postanowił zmodyfiko-



wać pomysł Mikulicza i łączył komory z układem żylnym. Mianowicie, początkowo Payr przeszczepiał odpowiednio przygotowany kawałek tętnicy cielęcía do mózgu w ten sposób, że jeden koniec naczynia wprowadzał do komory bocznej, a drugi do zatoki żyłnej podłużnej. Wyniki były złe. Wobec tego Payr zmienił swój zabieg pierwotny i w ostatnich czasach podał sposób następujący: przedewszystkiem wykonywa on nakłucie komory, i tylko wówczas decyduje się na zabieg sączkowania, jeżeli ciśnienie płynu (określane za pomocą manometru) przekracza 120 mm. słupa wody. Samo sączkowanie polega na połączeniu komory mózgu z żyłą jarzmową. Sączek składa się z dwóch części: wewnątrzczaszkowej i zewnątrzczaszkowej; pierwsza część, mianowicie kawałek tętnicy cielęcía, utrwalony odpowiednio w formalinie i w parafinie, umieszczony zostaje w czaszce i tkwi jednym końcem w komorze bocznej; drugi koniec w miejscu, gdzie opuszcza jamę czaszkową, połączony zostaje szwem naczyniowym z odcinkiem żyły odpiszczelowej podskórnej (v. saphena) tego samego osobnika, wreszcie odcinek żyły odpiszczelowej przeprowadzony zostaje podskórnie do żyły jarzmowej, i w nią wszczepiony końcem obwodowym. Bliższych szczegółów techniki nie posiadam, z powyższego jednak opisu staje się widoczne, jak dalece zabiegi sączkowania sposobem Payra są trudne, złożone, niebezpieczne i, ośmielam się twierdzić, mało dostępne dla szerszego ogółu chirurgów. Wyniki drugiej operacji Payra były jakoby nieco lepsze, sam jednak autor twierdzi, że jego sposób sączkowania komór mózgowych jest właśnie przeciwwskazany w przypadkach guzów złośliwych mózgowia z powodu możliwości przedostawania się do ogólnego krwioobiegu cząstek nowotworu i rozsiania się tego ostatniego.

4. Przekłucie spoidła sposobem Antona-Bramana, mając na celu połączenie sztuczne komory bocznej z przestrzenią podoponową, znalazło wielu i chętnych naśladowców. Zalety tego zabiegu polegają na tem, że jest on łatwy do wykonania. Co do trwałości wyników, to Braman stwierdził przy sekcyach, że otwór w spoidle pozostał otwarty nietylko w przeciągu miesięcy, lecz w jednym przypadku po upływie 2½ lat. Przeciwnie — Küttner znalazł otwór zamknięty już po 7 tygodniach.

Auerbach przestrzega przed zbyt pochopnem stosowaniem przekłucia spoidła, twierdząc, że naraża ono na uszkodzenie ważny pęczek dla ruchów skojarzonych (Assoziationsbündel). Sam Braman spostrzegł, że w przypadkach cięższych, ze znacznie wzmożonem ciśnieniem wewnątrzmożgowem, z daleko posuniętymi objawami zaniku nerwu wzrokowego, nie wystarcza przekłucie komory bocznej przez spoidło. Główną przyczynę brodawki zastoinowej i zapalenia nerwu (neuritis optica) stanowi wypełnienie nadmierne płynem komory III-ej, położonej nad skrzyżowaniem nerwów (chiasma). Stąd wniosek, że w tego rodzaju przypadkach należy nietylko przekłuć spoidło i dotrzeć do komory bocznej, lecz, jak to doradzał Braman, skierować kaniulę w komorze bocznej ku środkowi i tyłowi i wbić ją w komorę III-cią. Osobiście poczytuję takie postępowanie za zbyt ryzykowne: manipulowanie kaniulą poomacku pośród ważnych części mózgu wśród zmienionych stosunków anatomicznych wskutek nagromadzenia płynu mózgowordzeniowego w komorach, nie jest pozbawione niebezpieczeństwa. Chirurgia współczesna dąży, jak wiadomo, do zaniechania wszelkich zabiegów, wykonywanych na ciemno, zastępuje je przez rozległe operacye pod kontrolą wzroku, możliwie udostępniając sobie pole operacyjne. Samo przekłucie spoidła jest zabiegiem na poły uchylającym się od tych zasad, ale przynajmniej posiada pewne punkty wytyczne stałe, których trzymając się ściśle, możemy uniknąć prawie zawsze powikłań niespodziewanych. Że i te ostatnie nie są absolutnie wyłączone w razie niezwyklej stosunków anatomicznych w prostem przekłuciu Antona-Bramana, może jako dowód służyć przypadek, przytoczony przez A. Rydygiera: guz znacznych rozmiarów lewej półkuli mózgu odsunął sierp tak silnie na prawo, że kaniula, wprowadzona od strony prawej czaszki, ssuwając się wzdłuż sierpu, przebiła ten ostatni, weszła w lewą półkulę, dopiero na tej drodze dotarła do spoidła i przez nie do komory bocznej lecz na stronie lewej.

Payr poleca przekłucie spoidła w przypadkach nagromadzenia się płynu przeważnie w komorach bocznych, np. w wodogłowie wrodzonym, oraz w przypadkach czaszki wieżowatej (Turmschädel), natomiast nie widzi wielkiego pożytku z metody Antona-Bramana w guzach mózgowia, a szczególnie tylnej ja-

my czaszkowej. Odmiennego zdania są — oczywiście — sami autorowie przekłucia spoidła, notując znaczne poprawy w różnego rodzaju cierpieniach mózgu i mózdzku, i polecając swój zabieg, jako akt przygotowawczy do operacji doszczętnych i często ułatwiający rozpoznanie. Anton i Braman poczytują przekłucie spoidła za przeciwwskazane jedynie w przypadkach guzów opon i samego spoidła, których istnienie daje się stwierdzić podczas wykonywania zabiegu, oraz w przypadkach wad rozwojowych kości czaszki, o czym przekonać się można przy pomocy promieni Roentgena \*).

Wogóle jednak sędzę, że przekłucie spoidła może liczyć na zastosowanie w lżejszych przypadkach cierpienia tylnej jamy czaszkowej, gdy zmiany ze strony nerwów wzrokowych są jeszcze umiarkowańsze, w przeciwnym zaś razie, gdy grozi ślepotą zupełną, należy uciec się raczej do zabiegu zwalniającego. Tak postąpiłem w wyżej opisanym własnym przypadku, licząc raczej na wynik dodatni zwolnienia, aniżeli na wpływ przekłucia spoidła, wobec groźnych objawów ze strony wzroku. W celu łatwiejszego oryentowania się w stosunkach anatomicznych nie należy wiercić otworów w czaszce zbyt małych i najkorzystniej bywa wykroić płat kostnowytwórczy. Zabieg Antona-Bramana śmiało można wykonywać w znieczuleniu miejscowym, o czym przekonać się mogłem osobiście w paru przypadkach.

5. Operacja zwalniająca (decompressio) zajęła ważne miejsce w chirurgii współczesnej mózgu. Stanowi ona niekiedy zabieg łagodzący i przygotowawczy do zabiegów poważniejszych, a często jest ultimum refugium.

Ze wszystkich wyżej przytoczonych sposobów zmniejszania ciśnienia wewnątrzmoźgowego — wiercenie zwalniające stanowi operację, stosowaną najczęściej i z wynikami objawowymi stosunkowo najlepszymi. Są chirurdzy, którzy i ten zabieg wykonywują dwuczrasowo, jest to jednak najczęściej zbyt ciężkie i ze względu na aseptyczne operowanie niepożądane. W każdym

---

\*) Niektórzy autorowie zalecają stosowanie promieni X w celach rozpoznawczych wogóle we wszystkich tych przypadkach, w których podejrzewamy istnienie guzów mózgu. Jednakowoż dotychczasowe badania odnośnie nie dały jeszcze wyników żądawalających i pewnych.

bądź razie pamiętać należy, że operacja ta daje jednak, podług Payra, około 20% śmiertelności. Ważną sprawę stanowi wybór miejsca dla wiercenia zwalniającego w przypadkach schorzeń tylnej jamy czaszkowej. Najracjonalniwszem wydawałoby się wykonywać ten zabieg w okolicy potylicznej, jako w miejscu najbliższym ogniska sprawy chorobowej. Tak też postępuje Krause. Jednakowoż ze względu na wyżej wyluszczone przyczyny niebezpieczeństwa wiercenia kości potylicznej, kiedy nawet bez otwarcia opony może wystąpić zapaść, słuszniej jest unikać stwarzania wentylu zwalniającego właśnie w tej części głowy.

Pozostaje zatem zwrócić się do innych okolic czaszki i mianowicie do prawej jej strony. Zdaniem Babińskiego, ponieważ zabieg zwalniający sprowadza wypadnięcie mózgu w większym lub mniejszym stopniu, należy unikać okolicy czołowej, ze względu na szpecące zniekształcenie w tem miejscu. Często wykonywane wiercenie w celu zwolnienia w okolicy czołowociemieniowej łatwo sprowadza porażenia wskutek ucisku i wypadania czynności odnośnych odcinków kory mózgowej. Wykonanie właśnie w okolicy czołowociemieniowej zwolnienia w moim przypadku uważam za błąd, który doprowadził do porażenia połowicznego, i którego unikać stanowczo należy. Najbardziej odpowiednia dla omawianego zabiegu jest okolica skroniowociemieniowa lub pod mięśniem skroniowym sposobem Cushinga (subtemporal).

Tę ostatnią metodę najchętniej u nas stosuje prof. Rydygier i z wyników jej jest zadowolony. Sposób Cushinga posiada tę zaletę w porównaniu z innymi, że mięsień skroniowy, zasłaniający otwór operacyjny w czaszce, przeciwdziała do pewnego stopnia wypadnięciu następczemu mózgu. W przypadkach jednak bardzo wzmożonego ciśnienia wewnątrzmoźgowego działanie mięśnia okazuje się niedostatecznem. Prócz tego we wszystkich operacjach zwalniających istnieje następujący czynnik ujemny: operując dwu- lub jednoczasowo zawsze w końcu rozciąć musimy oponę twardą, bez czego, wbrew mniemaniu Babińskiego, istotnego zwolnienia oczekiwać niepodobna. Otóż ta strona zabiegu posiada słabe strony pod tym względem, że nie tylko mózg tworzy znaczne wypadnięcie, lecz, będąc obna-



żonym, łatwo tworzy zrosty z płatem kostnowytwórczym, co spostrzegąłem w opisanym własnym przypadku, i co może być przyczyną wielu zaburzeń niepożądanych.

Żałować mi wypada, że nie wszczepiłem w otwór opony kawałka powięzi odpowiednio przykrojonej, lecz nie chciałem przedłużać zabiegu, wykonywanego w uspieniu chloroformowym. Z drugiej strony, idąc za radą Krausego, wykroiłem płat z opony o podstawie zwróconej w stronę przeciwną, aniżeli podstawa płata skórnokostnego, i pokryłem nim powierzchnię mózgu, lecz sposób ten nie okazał się celowym.

Payr, wycinając płat z powięzi szerokiej uda, bierze go znacznie większy od otworu w oponie, ażeby nie przeszkadzał do pewnego stopnia wypukleniu mózgu i nie powodował ucisku zbytniego.

W ostatnich czasach zamiast powięzi zaczęto brać tłuszcz dla przeszczepiań w celu zamknięcia otworów w oponie twardej. Rehn na zasadzie swych spostrzeżeń i doświadczeń doszedł do wniosku, że powięź szeroka po pewnym czasie tworzy zrosty z obnażoną powierzchnią mózgu, nawet gdy ta ostatnia uszkodzeniu podczas operacji nie uległa. Natomiast tkanka tłuszczowa, przeszczepiona na mózg po usunięciu opony twardej, jeżeli tworzy zrosty, to bardzo nikłe, i wrasta jako taka, nie ulegając jakoby przemianie w tkankę łączną. Tłuszcz najlepiej jest brać z wewnętrznej powierzchni uda i przenosić go bezpośrednio z zachowaniem ścisłej aseptyki, ostrożnie dotykając i chroniąc go przytem od wysychania. Sądzę jednak, że ze względu na swą budowę i małą spójność tłuszcz nie nadaje się jako tkanka, zabezpieczająca mózg od wypadania przez otwór zwalniający.

Taki jest w ogólnych zarysach stan współczesny chirurgii tylnej jamy czaszkowej i zabiegów jej pomocniczych. Przyznać należy, że od czasów odległych epok przedhistorycznych, kiedy już wiercono czaszki, jak głoszą badania naukowe, w celach leczniczych, postęp pod tym względem techniki operacyjnej jest olbrzymi. Od owych pierwotnych zabiegów, polegających na wydlubowaniu otworu w czaszce za pomocą zębów rekina, odłamów muszli i t. p., nad czem ówczcześni medycy dnia całe i miesiące pracowali nieraz w pocie czoła, aż do naszych współ-

czesnych metod wiercenia prowadzi przez wieki długa droga. Właściwie jednak dopiero ostatnie lat 15—20 posunęły sprawę techniki trepanacyjnej na tory nader szybkiego rozwoju i udoskonalenia.

Jeżeli wiele korzystnego możemy powiedzieć o technice operacyjnej współczesnej, to natomiast wyniki naszych zabiegów na mózgu wogóle, a w tylnej jamie czaszkowej w szczególności, są — niestety — jeszcze bardzo niezadowolające. Pomimo to nie da się zaprzeczyć, że pewien postęp istnieje pod tym względem wbrew pesymistom, którzy utrzymują, że od chirurgii tylnej jamy czaszkowej już wiele więcej spodziewać się nie można. Tak nie jest. Wszakże niektórzy chirurdzy, np. Krause, doszli do tego, że śmiało odsłaniają komory mózgu — nie tylko boczne, lecz i IV-tą, wyłuszczają z nich guzy, i już otrzymują niekiedy dobre wyniki.

Słuszność mają natomiast ci, którzy twierdzą, że niedostępne jeszcze obecnie dla chirurgii odcinki mózgowia z biegiem czasu dostępnymi się staną. Kilkanaście lat temu nie wierzono jeszcze w to, by można dokonywać z powodzeniem operacji na mózdzku, obecnie zaś dążymy już do zmniejszenia odsetki śmiertelności w tych właśnie przypadkach, które po-  
czytywano dawniej za noli me tangere.

---

## PIŚMIENICTWO.

---

1. W. Męczkowski. O nowotworach mózdzku. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich 1909 r.
2. Babiński. O zmniejszeniu ciśnienia wewnątrzczaszkowego za pomocą kraniektomii. *Neurologia polska. Zesz. I.* 1910.
3. Borzymowski. Pokaz okazów z chirurgii mózgu. *Przeegl. chir. i ginek. T. III.* 1910.
4. H. Higier. Nowotwory mózgu i rdzenia oraz stany pokrewne. *Odcz. klin. № 211.* 1910.
5. H. Higier. Śródbłoniak-piaszczak na dnie III komory i torbiel na podstawie mózgu etc. *Gaz. lek. № 29 i 30.* 1913.

6. S. Koczyński. W sprawie wskazań do trepanacji potylicowej. *Pam. Zj. chir. polskich.* 1910.
7. G. Ziembicki. W sprawie chirurgii mózgu. *Ibid.*
8. A. Rydygier. Z chirurgii mózgu i rdzenia. *Ibid.*
9. L. Rydygier. *Deutsche Z. für Chir.* T. CXVII. 1912.
10. A. Leszczyński. Nowotwór w torebce wewnętrznej. *Medycyna.* 1912.
11. Z. Bychowski. Przyczynki do rozpoznawania i leczenia chorób mózgu. *Medycyna.* 1912.
12. Bregman i Krukowski. Przyczynek do nowotworów kąta mostomóźdzkowego. *Neurologia polska.* T. 1, z. VI.
13. Orzechowski K. i Walichiewicz T. Przypadek operowany torbieli śródpajęcznej mózdzku. *Lw. Tyg. lek. Z.* 13. 1913.
14. Banhoeffler. Zur operat. Therapie der Hirntumoren. *Centrbl. für Chir.* 21. 1913.
15. Oppenheim u. Krause. Partielle Entf. des Wurms wegen Geschwulstbildung unter breiter Eröffnung des IV ventrikels. *Berl. Kl. Woch.* 8. 1913.
16. H. Brun. Chirurgie des tumeurs cérébrales. *La Presse méd.* 34. 1913.
17. Schumacher. *Münch. Med. Woch.* № 42. 1912.
18. M. Borchardt. Diagnostik u. Therapie der Geschwulstbildungen in der hinteren Schädelgrube. *Erg. f. Chir. und Orthop.* T. II.
19. H. Braun. Die Lokalanästhesie. 1907.
20. F. Hohmeier. Die Anwendungsweise der Lokalanästhesie. 1913.
21. G. Hirschel. Lehrbuch der Lokalanästhesie. 1913.
22. Pels-Leusden. Chirurgische Operationslehre. 1910.
23. Berthaux et Burnier. Les tumeurs du cervelet chez l'enfant etc. *Arch. génér. de chir.* 1909.
24. H. Oppenheim. Die Geschwülste des Gehirns. 1902.
25. Anton u. Braman. Behandlung der angeb. und erworb. Gehirnkrankheiten mit Hilfe des Balkenstiches. 1913.
26. Gambaroff. Die Diagnose der bösartigen Neubildungen u. der Schwangerschaft mittels der Abderhaldenschen Methode. *Münch. M. W.* 30. 1913.
27. Pollack. Weitere Beiträge zur Hirnpunktion. *Mitteil. aus den Grenzgeb.* T. 18. 1908.
28. Tilman. Zur Frage des Hirndrucks. *Arch. f. Klin. Chir.* T. 98. 1912.
29. Denk. Ueber den Ersatz von Duradefekten durch frei transplantirte Fascie. *Ibid.* T. 97. 1912.
30. F. Krause. Chirurgie des Gehirns u. Rückenmarkes. T. I. 1908.
31. F. Krause. Breite Freilegung der Hirnventrikel, namentlich des Vierten. *Arch. f. kl. Chir.* T. 99.
32. E. Payr. Ueber Drukentlastende Eingriffe bei Hirndruck. *D. Med. Woch.* 1912.
33. G. Anton. Indikationen u. Erfolge der operativen Behandlung des Gehirndruckes. *Ibid.*

34. Vangiraud. Tubercule du cervelet, craniectomie decompressive. Arch. de méd. des enfants, 1912.
  35. H. Gaspero u. E. Streissler. Neurologische u. Chirurg. Mitteilungen über eine operativ geheilte Kleinhirncyste. Beitr. z. Kl. Chir. T. 81.
  36. O. Hildebrand. Beitrag zur Chir. T. 100.
  37. E. Rehn. Die Verwendung der autoplastischen Fetttransplantationen bei Dura- u. Hirndefekten. Arch. f. kl. Chir. T. 101.
  38. E. Unger u. M. Bettman. Experimente zur Bekämpfung der Athemlähmung bei Gehirnoperationen mittels Meltzer's Insufflation. Arch. f. kl. Chir. T. 101.
  39. Zesas. Über Meningitis serosa circumscripta. Samml. kl. Votr. 685.
  40. S. Auerbach. Die Indikationen zu chir. Eingriffen bei raumbeschränkenden Affektionen des Gehirns. Zentr. f. Chir. 41. 1913.
  41. Marx. Zur Chirurgie der Kleinhirnbrückenwinkeltumoren. Zentr. für Chir. 41. 1913.
  42. G. Pascalis. Les tumeurs de l'angle ponto-cerebelleux. Thèse. Paris. 1912.
  43. Mauclaire. Plastique dure-merienne avec la fascia lata. Archives génér. de chir. 1912.
  44. F. Schenk. Zur Serodiagnostik der malignen Geschwülste. Wiener klin. Woch. 14. 1913.
  45. E. Epstein. Die Abderhaldensche Serumprobe auf Karzinom. Wien. kl. Woch. 17. 1913.
  46. XVII Congrès international des sciences médicales. Londres 1913. La Presse médic. № 74. 1913.
  47. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft. f. Chir. 42. Congress. 1913.
  48. I Congrès des pédiatres Paris. 1913. La presse méd. № 84. 1913.
-



Ze szpitala Towarzystwa opieki nad chorymi niezamożnymi  
pod wezw. Św. Antoniego przy ul. Topiel w Warszawie.

---

# Kilka słów w sprawie samoistnych przetok żołądkowookrężniczych

skreślił

**ANTONI LEŚNIEWSKI**

ordynator szpitala.

---

Chcę poruszyć dziś sprawę przetok żołądkowookrężniczych. Sprawa ta, nadzwyczaj z punktu widzenia anatomopatologicznego i wielu innych zajmująca, przedewszystkiem wzbudza duże zainteresowanie z punktu widzenia klinicznego. Tem bardziej czuję się uprawnionym ją poruszyć, że dotychczas w piśmiennictwie naszym nie była ona omawiana dość wyczerpująco. W Pamiętniku Tow. Lek. Warszawskiego z r. 1896 znajdujemy opis przypadku raka poprzecznicy, powikłanego przetoką żołądkowookrężniczą; przypadek był przedstawiony przez prof. J. Kosińskiego i Dra Rejchmana. W r. 1904 podał Dr S. Pechkranc w Medycynie streszczenie zbiorowe w sprawie przetok żołądkowookrężniczych. W r. 1906 ogłosił prof. Gluziński rozprawę „O przetokach żołądkowojelitowych po zabiegach operacyjnych“ w Przeglądzie Lekarskim. Chodzi w niej autorowi głównie o zwrócenie uwagi na przetoki żołądkowojelitowe, powstające po dokonaniem zespoleniu żołądka z jelitem czczem z powodu wrzodu okrągłego żołądka. Wreszcie — Dr.

Maliniak w r. 1910 w № 47 Medycyny i Kroniki Lekarskiej ogłosił pracę „O przetokach żołądkowookrężniczych“; w pracy tej, przytaczając swoje odnośne spostrzeżenia, porusza przeważnie jedną z postaci przetok żołądkowookrężniczych, mianowicie przetoki, powstające w przebiegu raka żołądka.

Nic więcej dotyczącego przetok samoistnych żołądkowookrężniczych w dostępnym mi piśmiennictwie lekarskim polskim poczynając od r. 1830 nie napotkałem. Stąd możnaby zrobić wniosek, że dopiero od niedawna zwrócono uwagę na przetoki żołądkowookrężnicze. Bynajmniej. Podług Liebleina i Hilgenreinera — omawiana tu sprawa chorobowa już bardzo dawno zwróciła na się uwagę badaczy. Pierwszy przypadek tego rodzaju znajdujemy podany przez Hallera w r. 1755. Lecz pierwszeństwo w danym razie przypada w udziale nie Hallerowi. Murchison bowiem powiada, że z pośród przypadków lienteryi zupełnie wyraźnej, które były dokładnie znane Hipokratesowi, z dość dużym prawdopodobieństwem niektóre zależały od obecności przetoki żołądkowookrężniczej.

Przypuszczenie takie narzuca się samo przez się, gdy czytamy komentarze Galena do jednego z aforyzmów Hipokratesa: „levitas intestinorum, v. lienteria, est velox exitus eorum, qualia comeduntur atque bibuntur, quae talia deficiuntur, qualia fuere devorata“. Przypuszczenie powyższe, zdaniem Liebleina i Hilgenreinera, tem bardziej zyskuje na prawdopodobieństwie, skoro przekonywamy się, że jedna z postaci lienteryi była spowodowana przez sprawę wrzodziejącą, zjawiała się z boleściami.

Murchison był pierwszy, który zgromadził z piśmiennictwa i zestawił ze sobą już 33 przypadki przetoki żołądkowookrężniczej; na zasadzie tego zestawienia dał dokładny opis obrazu omawianego tu cierpienia. Z innych autorów Bec w roku 1897 znalazł już w piśmiennictwie 62 spostrzeżenia, Koch w r. 1903 zestawił 70 przypadków.

Lieblein i Hilgenreiner w r. 1905 mogli zebrać z piśmiennictwa 95 przypadków, i na podstawie przestudowania tych spostrzeżeń podają wyczerpujący obraz anatomopatologiczny i kliniczny przetok żołądkowookrężniczych.

Od czasu Liebleina i Hilgenreinera do dnia dzisiejszego ogłoszono sporą liczbę przypadków przetok żołądkowookrężni-

czych. Szczególnie dotyczy to czasów ostatnich; ma się wrażenie, że zastosowanie promieni Roentgena dużo przyczyniło się do rozpoznawania za życia interesującej nas obecnie sprawy chorobowej. Dla tego też jest rzeczą prawdopodobną, że z biegiem czasu upadnie twierdzenie, napotykanie w odnośnych rozprawach, dotyczących sprawy przetok żołądkowookrężniczych, że przetoki te należą do zjawisk bardzo rzadkich.

\* \* \*

Przechodząc do bliższego omawiania przetok żołądkowookrężniczych, pozwolę sobie przypomnieć tu w krótkich wyrazach okoliczności, prowadzące do powstawania tych przetok.

Różne sprawy chorobowe, odbywające się w żołądku, w okrężnicy lub w jamie brzucha w okolicy tych narządów, mogą dać powód do wytworzenia się omawianych przetok. Do spraw takich zaliczyć należy: wrzody, guzy, ciała obce, uraz, ropnie.

Zestawiając, podług Liebleina i Hilgenreinera, 62 przypadki z pracy Beca i 23 innych autorów, widzimy, że te 85 przypadków pod względem etiologii dają się podzielić na następujące grupy:

I. Przypadki, w których podstawowe cierpienie mieściło się w samym żołądku:

- a) przypadków raka żołądka . . . . . 47
- b) przypadków wrzodu trawiennego żołądka 17
- c) przypadków gruźlicy żołądka . . . . . 2

II. Przypadki, w których podstawowe cierpienie mieściło się nazewnątrz żołądka:

- a) przypadków raka okrężnicy . . . . . 10
- b) przypadków ropni jamy brzucha. . . . . 6
- c) przypadków gruźlicy otrzewnej . . . . . 1
- d) przypadków przetok wrodzonych . . . . . 1
- e) przypadków pooperacyjnych . . . . . 1

Jak widzimy, zestawienie powyższe jaskrawo uwydatnia fakt, że sprawa rakowa w olbrzymiej części przypadków, bo w  $\frac{2}{3}$  tychże, była przyczyną powstania przetoki żołądkowookrężniczej, i mianowicie — pierwotny rak żołądka 5 razy tak

często, jak pierwotny rak okrężnicy. W jednej piątej części przypadków znajdujemy przyczynę we wrzodzie trawiennym żołądka. Biorąc ogółem, w  $\frac{3}{4}$  wszystkich przytoczonych wyżej spostrzeżeń pierwotne cierpienie mieściło się w ścianie żołądka.

Zwykle przyjmujemy, że wrzód trawienny żołądka przytrafia się 5 razy częściej, niż rak tegoż narządu; wobec tego stosunek częstości przetoki, powstałej na tle raka żołądka, do częstości przetoki, powstałej na podstawie wrzodu trawiennego żołądka, zarysowuje się, jak 15:1. Na tę częstość występowania przetoki z powodu raka zwraca uwagę Brinton; mówi on, że o ile przedziurawienie samoistne żołądka w raku stanowi tylko  $\frac{1}{2}$  —  $\frac{1}{3}$  liczby przypadków przedziurawienia z powodu wrzodu trawiennego tegoż, o tyle znów powstawanie przetoki żołądkowookrężniczej w raku jest 6 — 10 razy tak częste, jak we wrzodzie. Zjawisko to da się wytłómaczyć umiejscowieniem raka w żołądku; mianowicie, jest on daleko częściej, niż wrzód trawienny, usadowiony na przedniej ścianie i na krywiźnie dużej żołądka, i w ten sposób znajduje się w bliskim stosunku sąsiedzkim do okrężnicy. Z drugiej strony, rak żołądka posiada większą od wrzodu trawiennego dążność do zrastania się z otoczeniem.

Na podstawie 160 zbadanych przez się przypadków raka żołądka podaje Dittrich absolutną częstość powikłania tej sprawy chorobowej przetoką żołądkowookrężniczą na 3,75%, Brinton zaś, opierając się na 507 spostrzeżeniach, ocenił częstość tego powikłania na 2,7%.

Rzadką przyczyną powstawania przetok żołądkowookrężniczych bywają ropnie w jamie brzucha. Śród przytoczonych wyżej 6 tego rodzaju spostrzeżeń w 2 miano do czynienia z ropniem podprzeponowym (przypadki Bakolekowa i Beca), w jednym chodziło o ropień w okolicy śledziony, powstały w następstwie porodu (Bristowe), w jednym — był ropień po urazie, w jednym zaś chodziło o ropień gruźliczy w okolicy lewej nerki. W tym ostatnim przypadku droga od żołądka do okrężnicy prowadziła po przez miedniczkę nerki lewej (Murchison).

Szczególne zainteresowanie wzbudza — niewątpliwie — przypadek Tosiego, w którym to przypadku chodziło jakoby o wrodzoną przetokę żołądkowookrężniczą. Dotyczy on mianowicie



mężczyzny 22-letniego, który od 15 roku życia cierpiał na rozwolnienia, wymioty, czego następstwem było wychudnięcie. Ze względu na długość kanału, łączącego jamę żołądka ze światłem okrężnicy, oraz ze względu na okoliczność, że kanał ten był wysłany śluzówką, Tosi sądzi, że przetoka była w przypadku tym wrodzona.

W pojedynczych przypadkach prowadzą do powstania przetok żołądkowookrężniczych — owrzodzenia gruźlicze żołądka, gruźlica otrzewnej, przebyte operacje na żołądku i kiszkiach.

W przypadku Thorspeckena u 18-letniej dziewczyny na sekcji znaleziono w okrężnicy gruźlicze zwężenie; przed zwężeniem — mocne rozszerzenie okrężnicy, wysokiego stopnia zniszczenie śluzówki z przedziurawieniem do żołądka, oraz ropień podprzeponowy, z którego również prowadził otwór do żołądka.

W jakiej części żołądka mieści się otwór, prowadzący do przetoki żołądkowookrężniczej?

Najczęściej, bo więcej, niż w 75% spostrzeganych przypadków, bywał on usadowiony w odźwierniku i na krzywiznie dużej. W porównaniu do nich pozostają już tylko nieliczne przypadki, w których otwór ten mieścił się w dnie żołądka, lub w pobliżu wpustu, najrzadziej zaś — przednia lub tylna ściana omawianego narządu była miejscem usadowienia się otworu przetokowego.

Przechodząc do wymiarów i kształtu przetoki, wypadnie zaznaczyć, że ulegają one nader znacznym wahaniom. Wielkość otworu przetokowego bywała czasami bardzo znaczna — wielkości dłoni, w przypadku Gilberta — miał otwór 12 centymetrów długości, w przypadku Bella zajmował prawie całą krzywiznę dużą. W 2 przypadkach, podanych w rozprawie Murchisona, istniały po 2 otwory, oddzielone od siebie pasem śluzówki; w przypadku Dirufa otwór, prowadzący do przetoki, był przykryty klapą ze śluzówki.

Na ogół rzecz biorąc, właściwy kanał przetokowy istnieje bardzo rzadko. Przeważnie natomiast skutek przebytego poprzednio zapalenia zlepnego otrzewnej żołądek i okrężnica są zrosnięte ze sobą nader ściśle, i przetoka wygląda raczej jako otwór, łączący 2 jamy.

W innych przypadkach w następstwie rozpadu tkanki rakowej, w następstwie ropnego zapalenia dokołażołądkowego, może dojść do utworzenia się połączenia żołądka z okrężnicą za pośrednictwem ropnia.

Co się tyczy znów otworu w okrężnicy, to w największej liczbie przypadków mieścił się on w poprzecznicy, i mianowicie — przeważnie w jej odcinku środkowym, w niedużej liczbie przypadków znaleziono go w zgięciu śledzionowym, ani razu natomiast nie podano zgięcia wątrobowego, jako siedliska przetoki. W mojem spostrzeżeniu, które podam poniżej, otwór przetokowy mieścił się właśnie tuż przy zgięciu wątrobowem okrężnicy.

Powikłanie przetoki żołądkowookrężniczej współlistnieniem przetok, mieszczących się gdzieindziej, nie jest rzadkie: w rozprawie Murchisona znajdujemy 3 przypadki, powikłane przetoką zewnętrzną, w przypadku Monoda istniała zewnętrzna przetoka żołądkowa, w przypadku Schmidta — zewnętrzna przetoka okrężnicy, w przypadku Barlowa w żołądku było kilka wrzodów, które przedziurawiły się po części do dwunastnicy, po części do okrężnicy. W przypadku Ebsteina — pierwotnego raka kiszki grubej — obok przetoki żołądkowookrężniczej znaleziono przetokę okrężniczojelitową, to samo było w spostrzeżeniu Thiego.

W wielu przypadkach żołądek był mały i skurczony. W przypadku Steffena blizna po wrzodzie trawiennym dzieliła żołądek na część przednią większą i tylną — małą; miejsce, zajęte przez bliznę, było niedrożne nawet dla wody.

Pozostałe kiszki również znaleziono nieraz mocno zmienione; w wielu razach kiszki cienkie były puste, skurczone, okrężnica zaś — mocno rozciągnięta przez masy kałowe.

Có się tyczy obrazu klinicznego, to w pewnej liczbie przypadków przetoka samoistna żołądkowookrężnicza może najpierw przebiegać zupełnie bez objawów, dla siebie swoistych. Atoli w większości przypadków znajdują się w rozmaitych kombinacjach następujące objawy zasadnicze.

Więc najpierw — wymioty kałowe; były one spostrzegane więcej, niż w połowie przypadków. Zdarzają się one — oczywiście — w razie wystarczająco dużych otworów przetokowych

w dzień, lub na krzywiźnie dużej żołądka. Wymioty te mają pierwszorzędne znaczenie pod względem rozpoznawczym, szczególnie—o ile chodzi o zwymiotowywanie kału sformowanego, gdyż tego rodzaju wymioty ani razu nie były spostrzegane w razie niedrożności przewodu kiszki. W jednym przypadku (Abercrombie) masy kałowe były tak twarde, że były zwymiotowywane z dużą trudnością, i dopiero po rozmoczeniu ich ciepłą wodą. Zwymiotowywane masy dosięgają czasami dużych ilości: w przypadku Lewinsteina wynosiły często więcej, niż pół kubła.

W przypadku stwierdzenia istotnych wymiotów kałowych należy wszakże w robieniu rozpoznania zastosować pewną ostrożność, Mikulicz bowiem spostrzegał przypadek, w którym pacjentka histeryczka udawała wymioty kałem w taki sposób, że stolce, wydalone przez odbyt, brała w usta i w obecności lekarza wypluwała (Handbuch der praktischen Chirurgie r. 1907, T. III, str. 222).

Brak wymiotów kałowych spostrzegano: a) W razie zupełnego zamknięcia odźwiernika, gdyż wówczas zawartość żołądka nie może przedostawać się przez odźwiernik do jelit cienkich, i w ten sposób nie może dojść do utworzenia się mas kałowych powyżej otworu przetoki. Przypadki te odznaczają się zwymiotowywaniem spożytych pokarmów.

b) Wymiotów kałowych bywa brak w razie nadmiernie dużych otworów przetokowych, gdyż wówczas—podług określenia Bouvereta—żołądek zwymiotowuje zawartość do okrężnicy.

c) Wymiotów kałowych nie bywa w razie bardzo wąskiego otworu przetokowego, w razie istnienia wentyla, lub w razie niepomyślnego pod tym względem położenia otworu przetokowego w żołądku.

Drugim objawem zasadniczym jest lienterya, czyli odchodzenie przez odbytnicę niestrawionych pokarmów. Niezbędnym warunkiem dla tego objawu jest współistnienie wysokiego stopnia zwężenia odźwiernika i szerokiego otworu przetokowego, czyli tych właśnie okoliczności, które stoją na przeszkodzie zjawianiu się wymiotów kałowych. W większości wszakże przypadków, gdzie mamy odźwiernik drożny i otwór przetokowy średniej wielkości, zjawia się ona tylko czasami. Przyczyna tej

pozornej rzadkości omawianego objawu zależy mniej od istotnie rzadkiej obecności wspomnianych okoliczności, niż od niedość starannego badania wypróżnień. Okoliczność, że lienterya przeważnie zjawia się tylko od czasu do czasu, znakomicie utrudnia jej wykrycie i wymaga dużej cierpliwości i wytrwałości w poszukiwaniu. Należy pamiętać, że nawet w razie bardzo dużych otworów przetokowych i odpowiedniego położenia otworu może brakować lienteryi: w przypadku Maya istniał otwór przetokowy wielkości pięści pomiędzy poprzecznicą i krzywizną dużą żołądka — pomimo to ani razu nie wykryto w wypróżnieniach niestrawionych pokarmów. Przeciwnie—pacyent zupełnie dobrze trawił duże ilości mięsa.

Przechodzimy do trzeciego objawu głównego. Jest to rozwolnienie tego rodzaju, że masy stolcowe są identyczne z masami zwymiotowywanymi. Objaw ten spostrzegano dość często. Przyczynę tego objawu znajduje Bec w kurczeniu się żołądka, który wskutek tego wydała swą zawartość w dwóch kierunkach: z jednej strony przez wpust i przelyk, z drugiej — przez przetokę do okrężnicy. Tego rodzaju tłómaczenie może być słuszne tylko dla przypadków, w których odźwiernik był uległ znacznemu zwężeniu. Bądź co bądź, jednakowy wygląd mas wymiotowych i niesformowanych mas stolcowych wskazuje na ich krótkotrwałe pozostawanie w kiszki. Rozwolnienie może przejawiać się w bardzo częstych, nieraz wprost nie dających się obliczyć wypróżnieniach. W przypadku Bouvereta wypróżnienie zjawiało się w pięć—do dziesięciu minut po spożyciu pokarmów. W rzadkich przypadkach może w miejsce rozwolnienia zjawić się uporczywe zaparcie stolca, mianowicie wówczas, gdy rozszerzone ramię okrężnicy, prowadzące do przetoki, zaciska ramię odprowadzające. Przyczyny rozwolnienia są następujące:

- 1) Przedostawanie się niestrawionej zawartości żołądka do kiszki wywołuje podrażnienie śluzówki kiszki, jak to bywa w achylia gastrica.

- 2) Okoliczność, że zawartość żołądka dostaje się do kiszki za szybko, i zamało zmieniona.

- 3) Duże pragnienie osobników, dotkniętych przetokami



żołądkowookrężniczymi, warunkujące przyjmowanie dużych ilości płynów.

Należy tu zwrócić uwagę na okoliczność, że występowanie wspomnianych tylko co objawów zasadniczych bywa zmienne. Sandberg opisał przypadek, w którym zjawiały się naprzemian lienterya, kałowe wymioty, kałowe solce. Tego rodzaju zjawisko daje się wytłómaczyć w taki sposób, że zazwyczaj największa część spożytego pokarmu kierowała się najbliższą drogą z żołądka przez przetokę do okrężnicy zstępującej, i wtedy miano do czynienia z lienteryą, t. j. z wydalaniem się zawartości żołądka z obecnym w niej kwasem mlecznym przez odbytnicę, nie było natomiast żadnego powodu do wymiotów, gdyż skutek szybkiego wydalania się zawartości żołądka nie dochodziło do zastoiny w żołądku. Ponieważ wszakże nie było zwężenia odźwiernika i chory spożywał pokarmy płynne i papkowate, przeto pewna ilość masy pokarmowej przedostawała się poprzez odźwiernik do jelit, tu odbywało się trawienie, tworzenie się kału, którego część przedostawała się do żołądka, pozostała zaś ilość wydalala się przez odbyt.

Istnieją i inne objawy, pozostające w łączności z powstawaniem i obecnością przetoki żołądkowookrężniczej. Tu należy wymienić—kałowe cuchnienie z ust, kałowe odbijania, krwawe wymioty, odchodzenie krwi i strzępów zmienionej śluzówki przez odbyt, brak szmeru pluskania żołądkowego, natomiast — obecność głośnych szmerów w podbrzuszu, obecność ograniczonego, umiejscowionego szmeru, chrypki, szybkiego wychudnięcia, niedokrewności, zjawienie się nagłej zapaści i t. p.

Niedokrewność jest zawsze mocno wyrażona, tak iż Bouveret sądził, że na podstawie jej, oraz rozwolnienia można rozpoznać przetokę żołądkowookrężniczą. Zjawia się niedokrewność przeważnie w następstwie przedwczesnego rozkładania się pożywienia w żołądku wskutek dostawania się doń drobnoustrojów wraz z masami kałowemi.

Chrypka, spostrzegana w przypadku Hallera, przypomina utratę głosu w stanach wyczerpania, jak w choleryze azyatyckiej i t. p.

Do objawów powyższych dodać należy dolegliwości pod-

miotowe, jak brak łaknienia, wspomniane wyżej uczucie pragnienia, smak kałowy, bóleści w brzuchu wskutek zrostów. Wreszcie, należy mieć na uwadze objawy, zależne od podstawowego cierpienia — raka żołądka lub okrężnicy, wrzodu żołądka, ropnia w brzuchu i t. d. Szczególnie w raku żołądka winno zwrócić na się uwagę po okresie objawów niedrożności odźwiernika raptowne zjawienie się rozwolnienia; może ono dowodzić utworzenia się omawianej przetoki.

Rozpoznanie przetoki żołądkookrężniczej w niektórych przypadkach na podstawie wyżej wymienionych objawów nie następuje trudności. Należy zauważyć wszelako, że dotychczas przynajmniej przetoka w mowie będąca o wiele rzadziej bywa rozpoznawana przez klinicystę za życia, niż na stole sekcyjnym przez anatomopatologa. Z pośród zebranych w r. 1900 przez Zweiga 70 przypadków z piśmiennictwa tylko w 11 rozpoznano przetoki za życia. Pod względem rozpoznawczym są dużej wagi wymioty kałowe bez objawów zamknięcia przewodu pokarmowego, oraz wykazanie przechodzenia powietrza lub zabarwionej cieczy z okrężnicy do żołądka.

Do wykrycia tych i innych objawów służą następujące metody badania klinicznego.

1. Badanie zawartości żołądka i stolców. Pierwsze jest bardzo ważne ze względu na wykazanie istoty cierpienia podstawowego; dla stwierdzenia przetoki żołądkookrężniczej ma pierwszorzędne znaczenie wykrycie w żołądku cząstek sformowanego kału. W przypadku Zweiga dokładne badanie soku żołądkowego stwierdziło typowy obraz *achyliae gastricae*, wywołanej prawdopodobnie przez ciągłe drażnienie znajdującymi się w żołądku masami kałowymi. Po usunięciu tego drażnienia za pomocą operacji zapanowały nanowo prawidłowe stosunki ruchomości i wydzielania żołądkowego.

Badanie wydalonego przez odbyty kału ma duże znaczenie dla zrobienia rozpoznania, o ile wykaże w kale niestrawione pożywienie, kwas mleczny i t. d.

2. Wdmuchiwanie powietrza. Powietrze, wtłoczone do żołądka, w bardzo prędkim czasie w postaci obfitych wiatrów odchodzi przez odbyty. Powietrze zaś, wdmuchiwane przez odbytnicę, rozdyma najpierw okrężnicę esowatą, okrężnicę wstę-

pującą, żołądek, na ostatku dopiero — kątnicę. Czasami daje się słyszeć podczas tego rozdymania głośny szmer, dźwięczący metalicznie, który odpowiada przedostawaniu się powietrza przez przetokę do żołądka. W przypadku Scholza był on tak głośny, że dawał się słyszeć w dużej sali wszystkim obecnym. Poza-tem — podczas tego badania zjawia się zazwyczaj kałowe odbijanie się. W przypadku Zweiga, prawdopodobnie wskutek położenia przetoki w pobliżu wpustu, powietrze wdmuchiwane, przedostając się z okrężnicy do żołądka, natychmiast wydalało się przez usta w postaci odbijania się, zanim jeszcze żołądek uległ rozdęciu.

3. Wlewania. Wlewa się do odbytnicy ciecz zabarwioną, można też dodać do wlewanej wody ciała sproszkowane — węgiel roślinny, proszek likopodium. Dają się one następnie wykryć w zawartości żołądka, względnie — w wymiocinach. W razie zastosowania dużego ciśnienia może wlewany płyn bezpośrednio odejść przez usta, szczególnie jeżeli podczas wlewania przez odbytnicę pacjent ma wprowadzony zgłębnik żołądkowy do żołądka przez usta (Maliniak). Przejście cieczy z okrężnicy do żołądka może być ułatwione za pomocą ułożenia pacjenta z wysoko uniesioną miednicą. Wykazanie wlewanej cieczy w żołądku potwierdza rozpoznanie.

Co się tyczy wlewania płynu do żołądka, to może on odchodzić natychmiast przez odbytnicę.

4. Podawanie pacjentowi zabarwionej mąki. Mąka taka, spożyta przez usta, może być w prędkim czasie wykazana w stolcach.

5. Ostatnimi czasy zjawiała się nowa metoda wykrywania przetoki żołądkowookrężniczej, mianowicie badanie żołądka za pomocą promieni Roentgena. Metoda ta, w odpowiedni sposób zastosowana, w wielu razach, jeżeli nie we wszystkich, pozwoli stwierdzić obecność przetoki omawianej. Przytoczę tu kilka spostrzeżeń, zapożyczonych z piśmiennictwa, w celu zobrazowania sposobu zastosowania tego rodzaju badania.

W przypadku Polya chodziło o 33-letniego mężczyznę, u którego w  $1/2$  roku po wykonanem zespołnieniu żołądka z jełitem czczem zjawily się wymioty, rozwolnienie wprędcie po spożyciu pokarmów, mocne wychudnięcie. Za pomocą promieni

Roentgena stwierdzono, że żołądek napełnia się prawidłowo, natomiast nieprawidłowo szybko opróżnia się, i mianowicie — nie do dwunastnicy i jelita czczego, lecz do okrężnicy. Operacya wykazała otwór, wielkości obwodu korony, łączący żołądek z okrężnicą poprzez ścianę zespolonego z żołądkiem jelita czczego.

Haudek w następujący sposób stwierdził za pomocą promieni X przetokę żołądkowookrężniczą. Po wypiciu przez pacyenta wody bizmutowej, ta ostatnia zatrzymywała się chwilę pod wpustem, następnie zamiast w sposób typowy gromadzić się w części odźwiernikowej na krzywiznie dużej żołądka, przeważnie przebiegała na lewo od części pośrodkowej i pozostawała w lewym podżebrzu. Tymczasem drobna część pokazywała się na prawo od pępka i tworzyła tu drobny cień, identyczny z bulbus duodeni. Po dalszem picciu wody bizmutowej cień, położony na lewo od żołądka, powiększał się. Cień ten nie dawał objawów, swoistych dla napełnionego jelita czczego, mianowicie, nie był on złożony z wielu cieniów, podobnych do monet, lub palców, które szybko poruszają się i przy uciskaniu ekranem świetlnym brzucha pozwalają rozpoznać poprzeczne pasma—fałdy Kerkringa, lecz tworzył ten cień—pasma, szerokie na kilka palców, które przy naciskaniu ekranem wykazywało poprzeczne przewężenia, głębokie na 1 cm. Na mocy położenia, kształtu i braku właściwych ruchów cień odpowiadał zstępującej części okrężnicy. Po podaniu pożywienia Riedera nie powstał typowy odlew części odźwiernikowej; napełnienie poprzecznicy zrobiło się jeszcze wyraźniejsze. Pomiędzy żołądkiem i poprzecznicą zjawilo się nieprawidłowe połączenie w postaci cienia długości 1 cm., szerokości  $\frac{1}{2}$  cm. zarówno na ekranie, jak i na zdjęciu momentalnym.

Prawdziwość rozpoznania była sprawdzona w przebiegu operacyi.

Port i Reizenstein w przypadku swoim rozpoznali przetokę żołądkowojelitową między innemi i za pomocą promieni X; mianowicie za pomocą tychże znajdowali oni w żołądku kłajster krochmalowy, zmieszany z bizmutem, wprowadzony do okrężnicy dnia poprzedniego.

Falta znów widział na ekranie świetlnym przechodzenie do



żołądka powietrza, wdmuchiwanego do okrężnicy; po nadymaniu żołądka powietrze nie przedostawało się do okrężnicy; stąd wniosek, że istniało wentylowate połączenie żołądka z okrężnicą.

Menuet opisuje następujące spostrzeżenie: 24-letni mężczyzna od dawna cierpi na bardzo uporczywe wymioty, zjawiające się wkrótce po jedzeniu, oraz na zaparcie stolca. Oglądanie za pomocą promieni Röntgena wykazuje: bizmut swobodnie przechodzi przez prawidłowy przełyk; dno żołądka na 2 poprzeczne palce leży poniżej pępka, żołądek nie rozszerzony. W okolicy przyodźwiernikowej energiczne skurcze, co wskazywałoby na zwężenie odźwiernika, przez odźwiernik bizmut nie przedostaje się. Po kilku minutach na lewym brzegu żołądka zjawia się cień trójkątowy z podstawą przy żołądku, zwiększa się powoli, następnie znika. Wkrótce znów zjawia się taki sam cień, i powoli po upływie  $\frac{1}{2}$  godziny poniżej dolnego brzegu żołądka zjawia się pas, kształtu wypełnionej bizmutem okrężnicy, skierowany na prawo. Było tu oczywiście, że pomiędzy żołądkiem i zgięciem śledzionowem okrężnicy istnieje przetoka. W czasie operacji znaleziono zespolenie tylnej ściany żołądka ze zgięciem śledzionowem. Zespolono żołądek z jelitem czczem. Po upływie 48 dni radioscopia wykrywa opróżnianie się żołądka do zespolonego jelita, przetoka do okrężnicy nie działa.

W przypadku Le Noira młody człowiek miał wszystkie objawy przetoki żołądkowojelitowej. Radioscopia wykazała: żołądek prawidłowy co do kształtu i wymiarów; natychmiast po spożyciu bizmutu tuż pod żołądkiem zjawia się cień, który bardzo szybko narasta na lewo od linii pośrodkowej. Niebawem zjawia się drugi cień jeszcze poniżej i na lewo od pierwszego, położony w dole biodrowym lewym.

Z powyższego widać, że w wielu razach udało się za pomocą radioskopii i radiofotografii wykazać istnienie przetoki żołądkowookrężniczej, co następnie stwierdzono podczas operacji lub oględzin pośmiertnych. Stwierdzano przetokę za pomocą podawania przez usta bizmutu — wówczas szybkie przedostawanie się bizmutu do okrężnicy z ominięciem odźwiernika pozwalało rozpoznać przetokę. Dla stwierdzenia, że bizmut w samej rzeczy dostaje się do okrężnicy, można do tej osta-

tniej podczas oględzin wlać bizmut od strony odbytu. Oczywiście, najłatwiej wykrywa się przetokę wówczas, gdy jednocześnie odźwiernik jest mocno zwężony.

Widzieliśmy wyżej, że przetokę można wykryć na ekranie i za pomocą wdmuchiwania powietrza do okrężnicy lub do żołądka, o ile nie przeszkadza temu wentyl na miejscu przetoki.

Co się tyczy rozpoznania różniczkowego, to tu należy mieć na uwadze niedrożność jelit z wymiotami kałowymi, ostre zapalenie otrzewnej, raka odźwiernika, histeryę. Dokładne zbadanie pozwoli odróżnić wspomniane cierpienia od przetoki żołądkookrężniczej.

Rokowanie zależy przede wszystkim od natury cierpienia podstawowego. Najgorsze jest — oczywiście — w sprawie rakowej. Przeciwnie, w przetokach, powstałych na tle zwykłych spraw wrzodziejących, jest możliwe trwanie wieloletnie i nawet wyzdrowienie. W przypadku Murchissona, w którym w przeciągu roku doszło do samoistnego zagojenia się, chodziło — prawdopodobnie — o uległy przedziurawieniu wrzód żołądka. Rozumie się samo przez się, że nawet w razie dobrotliwej natury cierpienia podstawowego duża przetoka żołądkookrężnicza może szybko doprowadzić do śmierci na drodze krańcowego wygłodzenia się.

Wobec tego zjawia się potrzeba leczenia przetok. Leczenie zależy od istoty sprawy pierwotnej. W razie sprawy rakowej musi ono pozostać objawowem. W innych przypadkach, o ile obecność przetoki, jako takiej, sprawdza poważne zaburzenia w zdrowiu lub dotkliwe dolegliwości, należy uciec się do leczenia operacyjnego. W tym celu stosowano:

1. Utworzenie przetoki okrężnicy wstępującej. Była ona wykonana, jako pierwsza operacja z powodu przetoki żołądkookrężniczej, raz jeden przez Edmunda bez pomyślnego wyniku. Wyniku takiego można spodziewać się tylko w takim przypadku, gdzie wyłącznie, lub prawie wyłącznie, chodzi o przedostawanie się zawartości okrężnicy do żołądka, gdy tymczasem zawartość żołądka dostaje się do jelit drogą prawidłową. Leczenie i w takich przypadkach omawiana operacja może być zastosowana tylko wtedy, jeżeli skutkiem ciężkiego stanu

ogólnego pacyenta na razie nie może być wykonana inna operacja.

2. Wytwarzano przetokę jelita czczego. Operacja ta bywa wskazana w przypadkach, w których spośród objawów klinicznych wysuwa się na plan pierwszy lintera, a więc—wylewanie się spożytego pożywienia z żołądka wprost do okrężnicy, szczególnie jeżeli siły chorego nie pozwalają na wykonanie poważniejszego zabiegu. W pewnych przypadkach może to być zabieg wstępny, po którym nastąpi operacja doszczętna. Tak postąpił w pewnym przypadku przetoki żołądkowookrężniczej Eiselsberg. W przypadku tym po otwarciu jamy otrzewnej znaleziono jelito czcze puste, zupełnie zmarszczone, a więc — wyłączone. Po wytworzeniu przetoki wymioty ustały, i pacjent szybko odzyskiwał siły. Należy przyjąć, że otwór, łączący żołądek z okrężnicą, po wyłączeniu żołądka zmniejszył się znacznie. Być może, że w ten właśnie sposób w pewnej liczbie przypadków uda się wygoić przetokę całkowicie.

3. Wykonywano również zespolenie ramienia okrężnicy doprowadzającego do przetoki z ramieniem odprowadzającym (kolokolostomia); ramiona te powyżej zespolenia już to tylko przewężano szwem, już to zupełnie przecinano, i końce zamykano szwem. Zeszywano również końce przeciętych ramion ze sobą. Operacja omawiana dawała wyzdrowienie.

4. Uciekano się i do zabiegu doszczętnego: wycinano odpowiednią chorą część żołądka i okrężnicy i otwory w rozmaity sposób zamykano. I na tej drodze otrzymywano wyzdrowienie.

Rzecz oczywista, że wybór sposobu operowania w każdym poszczególnym przypadku zależy z jednej strony od stanu ogólnego pacyenta, z drugiej—od zmian anatomopatologicznych, nastroczonych przez przypadek. W moim przypadku, jak to zobaczymy niżej, postąpiłem jeszcze inaczej.

O innych postaciach wewnętrznych przetok żołądkowych, jako to: żołądkowojelitowych, żołądkowodwunastniczych, żołądkowoopłucnowych, żołądkowoosierdziowych, żołądkowopęcherzowych, żołądkowomiedniczkowych i t. p., jakkolwiek wzbudzających jaknajwiększe zainteresowanie pod każdym wzglę-

dem, wspominać tu nie będę. Z jednej strony byłoby to odbieganiem od zamierzonego tematu, z drugiej zaś — wymienione sprawy chorobowe mogą stanowić nader zajmujący temat do samoistnego opracowania.

Tu chcę przytoczyć przypadek, spostrzegany osobiście w szpitalu Tow. opieki nad chorymi niezamożnymi pod wezw. Św. Antoniego, który to przypadek zachęcił mnie właśnie do rozejrzenia się w odnośnym piśmiennictwie, i do podzielenia się z czytelnikami tem, co w owym piśmiennictwie znalazłem.

Przypadek ten przedstawia się, jak następuje :

D. 7 kwietnia 1913 r. przybył do mnie do oddziału ze szpitala przy ulicy Złotej № 74 chory P. P., szewc z Hrubieszowa, lat 34 liczący (№ porządkowy książki głównej szpitala 19), gdzie rozpoznano u pacjenta—wrzód żołądka, zwężenie odźwiernika, rozstrzeń żołądka, i ponieważ 4 tygodniowe leczenie zachowawcze nie dało polepszenia stanu chorego, przepisano go do mnie dla wykonania mu odpowiedniego zabiegu chirurgicznego.

Stwierdziłszy, co następuje. Czuje się chorym od 8 miesięcy, dokuczają mu ból w brzuchu po jedzeniu, brak łaknienia, osłabienie i wychudnięcie; miewał krwawe wymioty oraz krwawe wypróżnienia. Choroba zaczęła się od tego, że nieomal ciągle miał uczucie głodu, „ssało“ go pod pierściami. Na początku choroby wymiotów nie miał, tylko widywał czarne stolce. Obecnie miewa ciągle bardzo silne bóle w dołku, zwłaszcza po jedzeniu, niesmak, odbijanie. Gdy zjadł cokolwiek, czuje, że mu to „stoi“ — wskazuje na okolice przełyku i żołądka. Wychudł i osłabł w ostatnich czasach znacznie. Miewał w nocy silne uczucie głodu, co budziło go i zmuszało zjeść cokolwiek dla zaspokojenia tego głodu. Przed obecną chorobą czuł się zupełnie zdrowym. W 1906 roku przechodził tyfus brzuszny.

Wzrost chorego średni, zbudowany prawidłowo, odżywiony łąco. Stały stan podgorączkowy, ciepłota ciała waha się od 37<sup>o</sup> — 37,8<sup>o</sup>. Skóra cokolwiek blada, sucha, wargi sinawe. Tłuszczu podskórnego prawie niema. Obręzków nie widać. Mięśnie wiotkie. Kośćce rozwinięty dość mocno.

Tętno 88, miarowe, jednostajne, dość łąco wypełnione i napięte. Granice słumienia serca prawidłowe, tony serca dość głucho, czyste. Granice płuc prawidłowe, oddech pęcherzykowy czysty. Nie kaszle. Brzuch umiarkowanie wciągnięty, w nadbrzuszu od czasu do czasu widać wypuklanie się żołądka. Chory opowiada, że miewał czasami w okolicy żołądka znaczne wygórowanie, przytem bywa ból. W nadbrzuszu mięśnie ściany brzucha napięte. Granice wątroby i śledziony prawidłowe, okolica nerek niebolesna, nerki nie wymacują się. Opukiwanie i osłuchiwanie żołądka wykazuje dolną granicę na poprzeczny palec po nad pępkiem. Język wilgotny, cokolwiek obłożony. W obu pachwinach wymacuje się spora liczba



drobnych, średnio twardych gruczołów chłonnych, inne gruczoły chłonne nie wymacują się. Mocz kwaśny, c. g. 1020, białka i cukru nie zawiera, chlorków 1,5<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

Wobec ciężkiego stanu ogólnego chorego badania chemizmu i mechanizmu żołądka zaniechano, skorzystano natomiast z danych, otrzymanych z badania w szpitalu przy ul. Złotej. Badanie żołądka wykazało tam naczczo dużą ilość niestrawionego pokarmu. W przesączu znaleziono kwasu solnego wolnego 42, ogólną kwasotę 55, odczyn na krew wypadł dodatnio. W kale odczyn ten wypadł również dodatnio.

Rozdymanie żołądka, wykonane w szpitalu przy ul. Złotej, wykazało rozstrzeń żołądka. Chory zwymiotowywał około 2 do 2,5 litrów zawartości żołądkowej, w której wykrywano nadmierną kwasotę ogólną, oraz nadmierną ilość wolnego kwasu solnego.

Chory przyniósł ze sobą rentgenogramy, wykonane jeszcze w czasie jego pobytu w szpitalu przy ul. Złotej w pacowni rentgenowskiej drów Drozdowicza i Grudzińskiego.

Rentgenogramy te, zdaniem Dra Drozdowicza, wykazywały, co następuje. Choremu dano do zjedzenia talerz kaszy bizmutowej. Po upływie 15 minut zrobiono zdjęcie—na niem widać (patrz ryc. 1) miseczkowaty cień żołądka, leżący znacznie niżej pępka, a dowodzący rozstrzeni żołądka. Ani części odźwiernikowej, ani dwunastnicy, ani jelit cienkich—nie widać. Bezpośrednie tak szybkie przechodzenie miazgi bizmutowej z żołądka do okrężnicy stwierdził Dr. Drozdowicz również na ekranie świetlnym jeszcze przed dokonaniem zdjęcia. Natomiast widać, że okrężnica tuż w pobliżu zgięcia wątrobowego ściśle przylega do żołądka, poniekąd zlewa się z nim, i jest prawie cała wypełniona bizmutem. Zdjęcie powtórne, po upływie 24 godzin od spożycia kaszy wykonane, wykazuje obraz, mało różniący się od poprzedniego (patrz ryc. 2); zarysy żołądka te same, lekkie ślady jelit cienkich oraz obecność bizmutu w okrężnicy, której odcinek, położony w pobliżu zgięcia wątrobowego, zlewa się jak i poprzednio z cieniem żołądka.

Wobec ciężkiego stanu ogólnego pacjenta należało pośpieszyć się z wykonaniem operacji, i dla tego niepodobna było wykonać innych, dopełniających badań. Na podstawie wszakże badania klinicznego, uzupełnionego za pomocą radioskopii oraz radiogramów, można było u pacjenta rozpoznać: dużego stopnia zwężenie odźwiernika żołądka na tle wrzodu tegoż, znaczną rozstrzeń żołądka, wreszcie—przetokę żołądkowookrężniczą. Trzeba było przyjąć, że przetoka jest drożna tylko w kierunku od żołądka do okrężnicy, bowiem w zawartości żołądka nie wykrywano obecności kału.

Wskazaniem do operacji było — wytworzyć należyte połączenie żołądka z jelitami cienkimi. Co się tyczy bliższych szczegółów zabiegu, a więc wyboru rodzaju połączenia żołądka z jelitem, zamknięcia przetoki żołądkowookrężniczej i t. p., to ostateczne postanowienie odnośnie tego pozostawiono do przebiegu operacji.

Operację wykonałem d. 10 kwietnia w znieczuleniu ściany brzucha za pomocą roztworu nowokainy z adrenaliną. Po nacięciu otrzewnej znale-

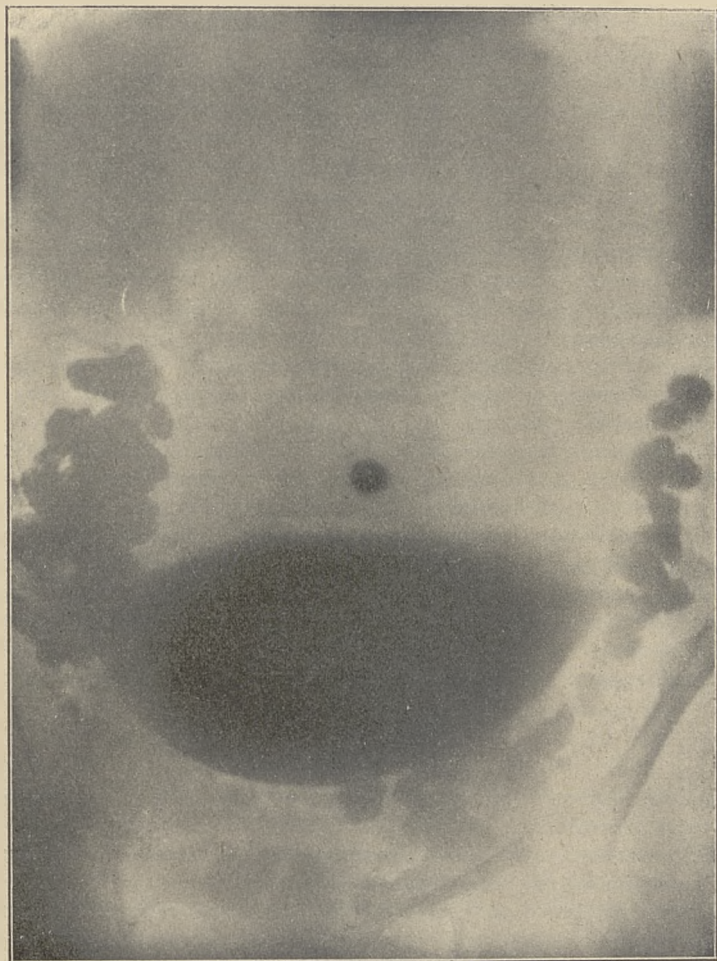
ziono rozległe zrosty w okolicy żołądka. Część odźwiernikowa była podciągnięta wysoko pod wątrobę i do niej rozlegle starym, tęgim zrostem zapalnym był przytwierdzony odcinek okrężnicy, długości około 5 cm., poło-



Ryc. 1.

żony tuż w pobliżu zgięcia wątrobowego okrężnicy. Należało sądzić, że tu właśnie mieści się owa przetoka żołądkookrężnicza. Wobec rozległych zrostów w okolicy żołądka trudno było dotrzeć do jego tylnej powierzchni,

dla tego zespolono przednią powierzchnię żołądka z jelitem czczym przed okrężnicą. Otwór w żołądku przebiegał pionowo od krzywizny małej ku dużej. Pozatem zespolono ze sobą ramiona pętli jelita czczego, zespolonej



Ryc. 2.

z żołądkiem. Przetokę żołądkookrężniczą pozostawiono w spokoju, sądząc, że rozległe połączenie żołądka z jelitem czczym skieruje miazgę pokarmową wprost do jelit cienkich przetoka zaś powoli ulegnie zamknięciu.



Okres pooperacyjny przebiegł w sposób typowy. A więc — 2 pierwsze doby chorego żywiono wyłącznie za pomocą wstrzykiwania roztworu NaCl podskórnie, od 3-ej doby zaczął otrzymywać płyny, najpierw łyżeczkami, następnie — w coraz większej ilości, dostał kaszę i t. d. Okres ten na ogół był zupełnie pomyślny, i był zakłócony tylko dwukrotnem zwiększeniem się ciepłoty ciała: wieczorem po wykonaniu zabiegu dosięgła ona  $39^{\circ}$ , i drugiego dnia po operacji  $38,6^{\circ}$ , pozatem zmniejszyła się do wysokości prawidłowej, i na takiej pozostała.

W nocy z 8 dnia na 9 chory dostał mocnych boleści w okolicy żołądka, zwymiotował 3 razy. Zrana wypłukano żołądek, wstrzymano na jeden dzień przyjmowanie pokarmów i płynów. Wymioty więcej nie powtórzyły się do końca pobytu chorego w szpitalu. W 2 tygodnie po operacji zjawilo się ogromne łaknienie; pacjent był wprost nienasycony. Bóle i inne dolegliwości, jakie trapiły przed operacją, znikły, czuł się zupełnie pomyślnie, siły szybko powracały, bardzo prędko przybierał na wadze.

D. 11 kwietnia zbadaliśmy choremu żołądek. Po próbnej kolacji wydobyto naczczo  $85 \text{ cm.}^3$  zawartości; w niej wolnego kwasu solnego 32, ogólna kwasota 42. Kwasu mlecznego nie wykrywa się.

W godzinę po spożyciu próbnego śniadania wydobyto z żołądka  $290 \text{ cm.}^3$  zawartości; w niej wolnego HCl 35, kwasota ogólna 50, kwasu mlecznego nie wykryto.

Po upływie 5 tygodni po operacji Dr Drozdowicz dokonał zdjęcia rentgenowskiego. Na zdjęciach tych widać, że w 10 minut po spożyciu zwykłej ilości kaszy bizmutowej krzywizna duża mieści się powyżej pępka, kasza bizmutowa do okrężnicy nie przedostaje się zupełnie. Po upływie  $3\frac{1}{2}$  godzin widać bizmut rozsiany po kiszkaach cienkich, konturów zaś okrężnicy ani śladu. Dowodziło to niewątpliwie, że bezpośrednie połączenie jamy żołądka ze światłem okrężnicy zostało przerwane za pomocą wykonania zespolenia żołądka z jelitem czczem.

D. 28 maja r. b. pacjent w pomyślnym stanie pojechał do domu.

\* \* \*

Dalsze losy pacyenta są również zajmujące, dla tego też pozwolę sobie je tutaj przytoczyć.

D. 7 września 1913 roku pacjent przybył ponownie do oddziału, przepisany ze szpitala przy ulicy Złotej № 74.

Dowiedzieliśmy się od niego, że po wyjściu od nas ze szpitala cały miesiąc czuł się dobrze, łaknienie było doskonale, stale przybyszało mu na wadze, nie miał żadnych dolegliwości. Po miesiącu stan zaczął pogarszać się: zjawilo się rozpieranie w okolicy żołądka, ciężar oraz pieczenie po spożyciu pokarmu, wymioty co 2—3 dni, najczęściej wieczorem; zaczął tracić na wadze, łaknie ie coraz mniejsze. W ostatnich czasach wymioty prawie codzień, wymiociny mocno kwaśne, krwi w wymiotach i stolcu nie zauważył. Stolce co 2 — 3 dni.



Badaniem stwierdziliśmy, że pacjent mocno wychudł, zbladł. Płuca, serce w porządku. Na miejscu blizny pooperacyjnej, na poziomie pępka, wyczuwa się guz twardy, wielkości małej pomarańczy, bolesny. W szpitalu prawie codziennie wymioty. Ciepłota ciała poniżej 37°.

D. 11 września rano naczczo po próbnej kolacji wydobyto z żołądka 1500 cm.<sup>3</sup> zawartości, w niej wolnego kwasu solnego 48, ogólna kwasota 88, kwasu mlecznego nie wykryto.

D. 13 września powtórzono badanie żołądka. W 7 godzin po próbnej kolacji — w zawartości żołądka wolnego kwasu solnego 52, ogólna kwasota 69, kwasu mlecznego niema. W godzinę po próbnym śniadaniu wydobyto z żołądka 600 cm.<sup>3</sup> zawartości, w niej wolnego kwasu solnego 10, kwasota ogólna 19, kwasu mlecznego niema.

D. 19 września Dr Drozdowicz dokonał zdjęcia rentgenowskiego po spożyciu przez pacyenta kaszy barytowej, i znalazł: w 10 minut po spożyciu kaszy ekran świetlny wykazuje nieprawidłowo mocne kurczenie się żołądka, mocną rozstrzeń żołądka; zdjęcie po upływie 6 godzin po spożyciu kaszy barytowej wykrywa, że cała spożyta kasza zalega w żołądku; ekran ruchów żołądka nie wykazuje, atonia i opuszczenie żołądka wyraźniejsze, niż po 10 minutach; brak barytu w kiszkiach cienkich i grubych. Zdjęcie, zrobione po upływie 24 godzin — wykrywa brak masy barytowej w kiszkiach cienkich, prawdopodobieństwo przetoki żołądkowookrężniczej.

Podczas pobytu pacyenta w szpitalu — częste wymioty, brak stolców, bóle, wychudnięcie wzrasta, chory coraz bardziej podupada.

Cały ten obraz kliniczny przemawiał na korzyść następującego rozpoznania: wysokiego stopnia zwężenie odźwiernika, niedrożność otworu, wytworzonego na drodze operacyjnej pomiędzy żołądkiem i jelitem czczym, przetoka żołądkowookrężnicza bardzo wązka. Wobec tego rozpoznania oraz szybkiego wzrastania wyniszczenia pacyenta, d. 7 października 1913 r. przystąpiłem do operacji w uśpieniu eterowem. Cięciem, równoległym do blizny po pierwszej operacji, otworzono jamę otrzewnej. Znaleziono, że ów guz, wymacywany w bliźnie, był pętlą jelita czczego, zespoloną z żołądkiem, rozległe bardzo mocnym zrostem zrosniętą ze ścianą brzucha; zrost tak mocny, że bez uszkodzenia jelita nie dałoby się oddzielić tegoż. Obmacując palcem miejsce zespolenia żołądka z jelitem, miało się wrażenie, że jest ono zupełnie niedrożne. Żołądek na lewo od miejsca dawnego zespolenia przecięto poprzecznie, otwory pozaszywano. Lewą połowę żołądka zespolono z dalszym ciągiem ramienia odprowadzającego pętli jelita czczego, podczas pierwszej operacji zespolonej z żołądkiem. Wobec ciężkiego stanu ogólnego chorego na tem poprzestano.

Po operacji zastosowano podskórne wlewania roztworu NaCl, energiczne pobudzanie serca, pacjent jednak nie był w stanie przeżyć wstrząsu operacyjnego i po upływie 2 dni po operacji zmarł.

Sekcyi zwłok ze względów, niezależnych odemnie, wykonać żadną miarą nie udało się.

Przypadek tu przytoczony mieści w sobie kilka szczegółów zajmujących. Więc najpierw, jak to już wyżej zaznaczyłem, otwór przetokowy w okrężnicy mieścił się prawie w samym zgięciu wątrobowem. Następnie, istnienie przetoki żołądkowookrężniczej klinicznie nie zaznaczało się zupełnie, i zostało wykryte za pomocą promieni Röntgena zgoła niespodziewanie; zależało to — niezawodnie — od małych wymiarów kanału przetokowego.

W dalszym ciągu, podczas pierwszej operacji ograniczyłem się do zespolenia żołądka z jelitem czczem, nie ruszając zupełnie przetoki żołądkowookrężniczej a to w tej nadziei, że z biegiem czasu ulegnie przetoka samoistnemu zamknięciu. Jak dowodzi wyżej podany przypadek Menueta, rozumowanie moje było całkiem słuszne. Można więc powiedzieć, że w przypadkach, podobnych do przezemnie spostrzeganego, gdzie mamy do czynienia ze zwężeniem odźwiernika i przetoką żołądkowookrężniczą bardzo wąską na tle wrzodu trawiennego powstałą, zupełnie wystarcza zespolenie żołądka z jelitem czczem, wszelkie manipulacje w celu usunięcia przetoki są zbyteczne.

Nareszcie zasługuje na podkreślenie zjawienie się niedrożności otworu, wytworzonego pomiędzy żołądkiem i jelitem czczem za pomocą operacji, pomimo że przed wykonaniem operacji odźwiernik był w wysokim stopniu zwężony.

---

## PIŚMIENNICTWO.

---

1. Bec. De la fistule gastrocolique. Thèse de Lyon. 1897. (Cyt. przez Liebleina i Hilgenreinera).
2. Falta. Fortschritte auf d. Gebiete der Röntgenstrahlen. T. XII, str. 56. 1908.
3. Gluziński. O przetokach żołądkowojelitowych po zabiegach operacyjnych. Przegl. Lekarski. Str. 242. 1906.
4. Haudek. Ueber den radiclogischen Nachweis der Magenkolonfistel. Beiblatt aus den Mitteil. der Gesells. f. innere Mediz. und Kinderheilkunde in Wien.

5. Koch. Archiv f. Verdauungskrankheiten. B. IX. 1903.
  6. J. Kosiński i M. Reichman. Rak poprzecznicy, przetoka żołądkowo-okrężnicza. Anastomosis colocolica. Pam. Tow. Lek. Str. 507. 1896.
  7. V. Lieblein und H. Hilgenreiner. Deutsche Chirurgie. Die Geschwüre und die erworbenen Fisteln des Magen-Darmkanals. 1905.
  8. Maliniak. O przetokach żołądkowookrężniczych. Medyc. i Kron. Lek. № 47. 1907.
  9. Menuet Fr. Un cas de fistule gastro-colique. Bull. et mem. de la societ. de rad. de Paris. № 28, str. 273. 1911.
  10. Neumann R. Magenkolonfistel mit klinischem und radiologischem Befunde. Fortschritte auf d. Gebiete der Röntgenstrahlen. B. XX, H. 4. 1913.
  11. Le Noir, Haret et Desbouis. Fistule gastrointestinale tardive d'origine traumatique. Bull. et memoir de la soc. de radiologie. № 33. 1912.
  12. Pechkranc. O przetokach żołądkowookrężnicowych. (Streszcz. zbiorowe). Medycyna. № 3, str. 51. 1904.
  13. Polya. E. Jejunumkolon- und Magenkolonfistel nach Gastroenterostomie. Deut. Zeit. f. Chir. B. CXXI, str. 101.
  14. Port und Reizenstein. Ueber fistula gastrocolica. Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Medic. und Chir. Bd. XVII, H. 5.
  15. Thorspecken. Ein Beitrag z. Pathologie der Magenkolonfistel. Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir. B. XIX, H. I.
  16. Vorhoeve. Die klinische und radiologische Diagnose der Fistula gastro-colica. Deutsch. Archiv. f. klin. Mediz. B. 106.
  17. Zweig. Ein Fall von Fistula gastro-colica. Wien. Med. Rundschau. № 16. 1900.
-

# STRESZCZENIA.

---

## I. CHIRURGIA.

---

### *Jaklin. Nowy kierunek w chirurgii.*

Już dawno uderzać musiał każdego chirurga fakt, że często rany, zadane brudnym narzędziem w polu goją się bardzo dobrze, a rany operacyjne, wykonane w najidealniejszych warunkach aseptyki, czasem ropieją.

Zweifel twierdzi nawet, że mimo najlepszych postępów aseptyki nie mamy obecnie o wiele lepszych wyników co do gojenia się ran, niż wtedy, gdy stosowaliśmy aseptykę mniej pedantycznie. Skąd to pochodzi?

Przyczyna jest bardzo prosta. Jeżeli z jednej strony zważymy, że rany, zadane przygodnie, goją się zwykle dobrze, a z drugiej — że nie można nigdy absolutnie dobrze wyjałowić sobie rąk i pola operacyjnego, jasną jest rzeczą, że zakażenie rany operacyjnej pochodzi nie z czego innego, jak tylko z tego, że rana owa zetknie się z drobnoustrojami niejako szpitalnymi, t. j. takimi, które zostały przeniesione z innych chorych drogą powietrza, ubrań, personelu i t. p.

Bo dla rany nie są szkodliwe drobnoustroje zwykłe, lecz tylko te, które wskutek przejścia przez inny ustrój septyczny zyskały na zjadliwości. Nie pomogą więc żadne marmury ani szkła i wspaniałe sale operacyjne, skoro chirurg sam przynosić będzie do nich, mimo uważania na siebie, zjadliwe drobnoustroje.

Jedynym środkiem zaradczym byłoby, by istniały osobne zakłady operacyjne z osobnym zupełnie nie stykającym się personelem lekarskim i służbowym, a chirurg, chcący mieć idealne wyniki operacji aseptycznych, powinien zupełnie wyrzec się, podobnie jak położnik, wszelkiego materiału septycznego nawet w praktyce prywatnej. Że takie przeprowadzenie rzeczy



prowadzi do celu, dowodzi jaskrawo statystyka sanatorium autora.

Przedtem przyjmował on materiał mieszany, i na 1276 aseptycznych operacji miał 65 ropień, t. j. 5,1%. W ostatnich latach przyjmuje tylko i operuje materiał jałowy i na 4175 operacji miał zaledwo 13 razy (i to tylko ropienia podwiązek) lekkie ropienia t. j. 0,31%.

(Uznajemy w zupełności słuszność wywodów autora, niestety jednak w praktyce bardzo rzadko dałyby się one przeprowadzić. Trzebaby stwarzać zawsze po dwie kliniki czy oddziały szpitalne i dwóch kierowników, a chirurgowie musieliby podzielić się na ordynujących w chorobach septycznych i jałowych. Nawet i to jednak nie doprowadziłoby do celu, bo wiele jest przypadków, gdzie sprawa pozornie jałowa przy operacji okazuje się zakaźną i odwrotnie, a dalej — chirurg operujący jałowo w razie gdy rana zropieje a on miał z nią styczność, powinien zupełnie, przynajmniej na pewien czas, wstrzymać się od operowania.

Bądź co bądź jednak wywody autora w zasadzie są słuszne i umacniają nas w przekonaniu, że więcej od aseptyki chodzić powinno operatorowi o oddzielanie materiału czystego od septycznego i pilnowania swej ręki, przez zachowywanie wszelkich możliwych ostrożności, od zakażenia).

*(Prace ze sanatorium Jaklina. Pilzno. 1913).*

A. KLĘSK.

**Kirchberg.** *Leczenie ciśnieniem i ssaniem w praktyce lekarskiej.*

Leczenie ciśnieniem i ssaniem stosuje K. na wielką skalę ze skutkiem bardzo dobrym. Sporządzić sobie kazał do tego osobną pompę i różne dzwony, w które wciąga nawet cały brzuch. Leczenie to oddało mu bardzo wartościowe usługi w lumbago (2 — 3 posiedzeń), ischias, neuralgiach, przewlekłej myositis, dalej — stosuje je ze skutkiem celem odciągania przyrośniętych blizn po operacjach appendicitis, gdy istnieją nadal przypady i t. d.

Kombinuje też leczenie ssaniem z leczeniem ciśnieniem, co zwłaszcza nadaje się bardzo dobrze w przewlekłym zaparciu stolca wspólnie z gimnastyką oddechową.

Leczenie zmniejszonym ciśnieniem wspólnie ze ssaniem znajduje też zastosowanie w cierpieniach serca i płuc, skrzywieniach kręgosłupa, nadmiernej otyłości (miejscowo) i cierpieniach stawów i t. p.

*(Münch. med. Woch. № 30. 1913).*

A. KLĘSK.

### Voigts. *W sprawie techniki naświetlania raka.*

Obecnie w miarę ulepszenia techniki naświetlania raków (twarde, filtrowane promienie, zwiększone dawki radioaktywnych substancji) i wyniki leczenia stale poprawiają się. W ginekologii osiąga się też coraz lepsze wyniki, udało się bowiem zbudować przyrządy, pozwalające swobodnie naświetlać w głębi pochwy.

V. na rycinach opisuje właśnie te urządzenia. Należy przede wszystkim udostępnić działanie promieni ew. z pomocą nacięć, rozszerzań i t. p.

Z początku leczenia występuje odczyn, podrażnienie zapalne, zaczerwienienie, obrzmienie i surowicze wydzielanie, potem po 1 — 2 tygodniach następuje oczyszczanie się owrzodzeń, wysychanie i kurczenie się guza ew. pod strupem. Pochwa znosi o wiele większe dawki, niż skóra i inne błony śluzowe, co także powoduje, że wyniki lecznicze są tu znacznie lepsze, niż gdzieindziej. Obecnie próbuje się lamp, wprost wkładanych do pochwy.

Co do radu i mesotoru, to działanie jest tu jeszcze szybsze i dogodnie, ale kosztowne. Nie należy przekraczać zbyt dużych dawek (najodpowiedniejsze są 150 — 300 mq. przez 10 — 12 godzin z przerwami 1 — 2 dniowymi). Okazało się też, że najlepiej jest z początku używać i promieni  $\beta$ , a dopiero w miarę oczyszczania się guza usuwać takowe przez filtry. Można też kombinować działanie lecznicze radu i promieni Röntgena.

Średni czas leczenia wynosi około 2 miesięcy.

Co się zaś tyczy wyników, to uważa je autor przy racjonalnym i cierpliwym postępowaniu wprost za znakomite.

Czy będą one trwałe, to rzecz inna. Ale i tak nieraz przez leczenie to udaje się guz, nie nadający się do operacji, zmienić w nadający się do zabiegu, pod wpływem leczenia ustępują bóle, rozkład guza, ustają krwawienia i t. p.

Nieraz też spostrzegano zupełne znikanie guzów i wybitną poprawę stanu ogólnego.

Na przerzuty leczenia to bezpośredniego wpływu nie ma, spostrzegano jednak w sąsiedztwie zwyrodnienie pojedynczych ognisk (np. w przymaciczach), zbadane drobnowidzowo po wycięciu macicy. Leczenie to wreszcie znakomite jest, jako środek, zapobiegający nawrotom po operacji.

Uważać wogóle należy radioterapię już obecnie, jako dzielny i niezbędny sposób leczenia raków, zwłaszcza w praktyce ginekologicznej.

**Lunckenbein.** *W sprawie leczenia guzów złośliwych.*

L. zachęca do prób leczenia guzów złośliwych autolizata-  
mi tychże, otrzymywał bowiem w swych próbach wcale dobre  
wyniki, a podobnie Roving, Bertrand i Stammler wyrażają się  
o tem leczeniu korzystnie.

Sposób łatwy w technice, stosować go może każdy le-  
karz. Guz, czy część tegoż, a choćby gruczoł zajęty, rozdra-  
bnia się w jałowym roztworze fizyolog. soli kuchennej i potem  
wstrząsa dobrze, poczem 3 dni zostawia się na lodzie, potem  
przasącza i w końcu przez godzinę ogrzewa w 56°. Co do  
koncentracji płynu, to powinien on być cienkopłynny, a nie cią-  
gnący się. Wstrzykuje się podskórnie najpierw 1 ccm., a gdy  
chory dobrze to zniesie — 5 ccm., a po 8 — 10 dniach 10 ccm.,  
stopiowo aż do 20 ccm.; mniej więcej w 3 godziny po wstrzy-  
knięciu zjawia się miejscowa reakcja, trwająca około 24 godzin  
w postaci obrzmienia i bolesności guza ew. przerzutów. Ciep-  
łota podwyższa się przy pierwszym wstrzyknięciu.

Można też autolizat mieć gotowy w szczelnie zamkniętem  
naczyniu przez pewien czas. Używać się powinno tylko roz-  
czynu z guza danego chorego. Ew. łączy L. to leczenie ze  
wstrzykiwaniem podskórnem płynów przesączynowych, o ile  
chory takowe wytwarza.

(*Munch. med. Woch.* № 35. 1913).

A. KLĘSK.

**Ravogli.** *Leczenie nabłoniaków.*

Nabłoniaki pomimo wyglądu dobrotliwego są zawsze za-  
powiedzią raka, i dlatego należy je niszczyć w samym zarodku.  
Wydawałoby się, że najradykałniejszym sposobem leczenia jest  
niszczenie nowotworów drogą chemicznego oddziaływania.

Ravogli krytykuje wszystkie środki, do tego stosowane,  
podaje natomiast nowy sposób, wypróbowany przezeń niejed-  
nokrotnie, i dający wyniki—jak dotąd—zawsze dodatnie.

W roku 1899 ogłosił swoje doświadczenia z formaldehy-  
dem w nabłoniakach i rakach. Pod wpływem formaldehydu ko-  
mórki nabłonkowe wysychały, traciły substancję rogową i od-  
padały obumarłe w postaci żółtawych tłustych mas, wówczas  
gdy na zdrowe tkanki środek ten nie działa niszcząco. Stoso-  
wanie lizolu w liszajach rumieniowatych i żrących, oraz w bro-  
dawkowatej gruźlicy skóry dające bardzo dobre wyniki napro-  
wadziły autora na myśl zastosowania tych obydwóch środków  
połączonych w nabłoniakach. Okazało się jednak, że środki te  
wywoływały silne wydzielanie się krwi i surowicy. Wówczas,  
chcąc zmniejszyć krwawienie, dodał chlorek żelaza, który do-

pełnił składu stosowanego lekarstwa, mianowicie bierze się formaldehydu 2 części, lizolu 2 części i chlorku żelaza 1 część. Z tego połączenia tworzy się gęsty zielonawy płyn. Przed zabiegiem należy powierzchnię nabłoniaka wmyć szarem mydłem i wodą dla usunięcia strupów i wydzielin, następnie chore miejsce znieczulamy 5% roztworem kokainy; zamrażanie utrudnia dalsze oryentowanie się podczas zabiegu.

Nabłoniak wyskrobujemy ostrą łyżeczką tak długo, aż palec nie przestanie wyczuwać stwardnień, szczególną uwagę należy zwracać na twarde cząstki po brzegach rany. Jeżeli łyżeczka nie wystarcza, należy użyć nożyczek. Po dokładnem oczyszczeniu rany przykładamy znowu tampon z kokainą na parę minut, a po usunięciu tamponu stosujemy wyżej wspomniany płyn. Przeciąg czasu, który pozostaje gaza z lekiem na ranie, zależny jest od głębokości i szerokości rany: zwykle trwa to pięć minut. Następnie zmywamy ranę alkoholem dla usunięcia żrącego leku i uczucia palenia. Dnia następnego cała powierzchnia rany pokrywa się żółtymi obumarłymi masami, co trwa od 8 do 14 dni; rana powoli zabliznia się od brzegu do środka — ropienia nie bywa. Wydzielina — jest to mieszanina surowicy z miazgą obumarłych mas.

Czasami po 8—10 dniach trzeba zabieg powtórzyć. Silny nacisk Ravogli kładzie na stosowanie chlorku żelaza na zdrapaną powierzchnię rany: ścinając krew i limfę, zasklepia naczynia i nie dopuszcza do zakażenia gruczołów chłonnych. Jeżeli po paru tygodniach zjawia się znowu na dawnym miejscu guzy czerwone, to powtórny zabieg zniszczy je zupełnie.

*(American Journal of Surgery. Maj 1913).*

K. NIELUBOWICZ.

### **Bauer i Habetin.** *Dalsze doświadczenia nad kiłowemi i po kiłowemi schorzeniami nerek.*

Autorowie zwracają uwagę na nierzadkie schorzenia kiłowe nerek, co wobec postępu rozpoznawania chorób nerkowych jest niezmiernie ważne.

Cierpienia te cechują duży białkomocz wobec polyurii o małym osadzie, niskie ciśnienie krwi, brak objawów podmiotowych i mocznicowych. Obrzęki występują rzadko i późno. Tendencya do ustępowania cierpienia, reakcja Wassermanna w surowicy i moczu dodatnia.

Rzadko kiła prowadzi do groźnego krwotocznego zapalenia i mocznicy, a i wtety zejście bywa pomyślne. Wyjątkowo proces przechodzi w formę przewlekłą (syphilobrightismus lub kiłowa amyloidoza).

*(Wiener klin. Woch. № 27. 1913).*

A. KLĘSK.



**Helly.** *W sprawie potologii nadnerczy.*

Dla lekarza sądowego i operatora niezmiernej wagi są przypadki nagłej śmierci, powstałe po urazie, względnie — podczas operacji. Znamy już pewne nieprawidłowości konstytucyjne, wskutek których rozwija się pewien stan ustroju tak słaby, że uszkodzenia, które u normalnego człowieka przeszłyby bez śladu, tu śmierć nagłą powodować mogą.

Należą do nich np. status thymicolymphaticus, t. zw. serce wołowe i mięśniakowe, stwardnienie naczyń wieńcowych serca a narkotyki.

Do szeregu tych stanów zaliczyć jeszcze należy schorzenia nadnerczy, mianowicie — powodujące zwiększoną czynność w systemie chromatycznym. Kilka wypadków nagłej śmierci w tych warunkach już opisano. Zwłaszcza zjawiała się śmierć po użyciu kokainy z adrenaliną (wyrwanie zębów). Podobny przypadek śmierci nagłej w dwa dni po operacji na kiszce stolcowej opisuje autor.

Sekcja wykazała guz prawego nadnercza. Do znieczulenia użyto: pantoponu 0,01, skopolaminy 0,0004 i 0,22 nowokainy a w końcu 5 ccm. eteru.

H. wobec bardzo małych zmian w sercu odnosi tę śmierć do nagłego zwiększenia się adrenaliny w ustroju i zgubnego wpływu tejże na serce.

W nagłych zgonach trzeba też szukać przyczyny tychże i w nadnerczach.

(*Münch. med. Woch. № 33, 1913*).

A. KLĘSK.

**Kielleuthner.** *Przeobrażenia w nauce o przeroście gruczołu krokowego.*

W etyologii przerostu gruczołu krokowego zmieniają się stale poglądy i nie można powiedzieć, by kwestya była już tu zupełnie jasna. Obecnie głównie dwie teorye dominują: Ciechanowskiego, tłumacząca przerost sprawami zapalnymi, i Caspera-Jounga, tłumacząca znowu powiększenie procesem proliferacyjno-nowotworowym.

Podobnie i w leczeniu zachodzą tu wybitne zmiany. Próbowano przypalań, leczenia promieniami Röntgena, wstrzykiwań obcej krwi (Bier), organoterapii, operacji t. zw. płciowych, radu, wstrzykiwań jodu, karbolu, podwiązywania tętnicy biodrowej wewnętrznej i t. p., aż obecnie dominuje leczenie doszczętne, fałszywie nazwane prostatektomią, a to dlatego fałszywie, bo i przy najdoszczętniejszej operacji nie wycina się sterczu (jak to udowadnia autor na rycinie), lecz tylko pewne czę-

ści tegoż, bo i tylko w pewnych częściach gruczołu spotykamy stale przerost.

Z tych też samych powodów operacja Freyera nie jest tak niszcząca, bo usuwa tylko dostępne i łatwo dające się usunąć guzki, jak zabieg ne kroczu, gdzie często ulegają uszkodzeniu ductus ejaculatorii, powrózek nasienny, kiszka i t. d., tu bowiem idzie się i przez części nie zajęte przerostem, podczas gdy zabieg Freyera robi się tylko w częściach przerosłych, nieraz imitujących kształtem gruczoł. O ileż inaczej przebiega operacja przy nowotworze sterczu. Tu zajęte są i płaty boczne i trzeba iść nożem i nożyczkami, by z trudem usunąć cały gruczoł. Mimo tego jednak, że właściwy gruczoł pozostaje, wyniki są potem bardzo dobre a śmiertelność spadła obecnie do 4%.

(Münch. med. Woch. № 31. 1913).

A. KLĘSK.

**Pilcher.** *Nowotwory pęcherza moczowego: wzmianka o nowoczesnem leczeniu.*

Do chwili zastosowania cystoskopu klinicznie rozróżniano dwa typy nowotworów pęcherza moczowego: na wpół dobrotliwy brodawczak i niewątpliwie rakowy. Różnice pomiędzy dobrotliwym a złośliwym nowotworem można ustalić jedynie za pomocą drobnowidza. Dziś odróżniamy:

- 1) pojedynczy kosmaty brodawczak dobrotliwy;
- 2) wieloogniskowy kosmaty brodawczak niby dobrotliwy, ale zazwyczaj złośliwy;
- 3) kosmaty brodawczak, powstający z owrzodziałej podstawy, zazwyczaj złośliwy;
- 4) typowy naciekowy rak.

Nowotwory, szerzące się wtórnie na ścianę pęcherza z jelit, macicy lub sterczu nie są rozpatrywane, jako nowotwory pęcherza moczowego. Pilcher na podstawie 25 własnych spostrzeżeń i na podstawie sprawozdań innych chirurgów zmienił zupełnie pogląd swój co do sposobów leczenia nowotworów pęcherza moczowego.

Zastosowanie szybkozmiennych prądów w wieloogniskowych brodawczakach zupełnie niszczyło je i teraz taki sposób leczenia wszedł w rutynę.

Mając do czynienia z nowotworami odnawiającymi się, wyrastającymi na bliźnie po usunięciu poprzedniego, znaleziono nadspodziewanie, że prądy Arsonvala szybkozmiennie dwubiegunowe dały świetne wyniki — wówczas gdy inne zabiegi zawsze chybiały. Usadowienie się nowotworu, zakrywającego otwory obydwóch moczowodów na trójkącie pęcherzowym, utrudniało ogromnie wycięcie tegoż — trzeba byłoby replanto-

wać moczowody. Odnawiały się również często nowotwory ograniczone, mieszczące się na przedniej ścianie pęcherza.

Pilcher przytacza spostrzeżenia, gdzie pomimo wielokrotnych zabiegów krwawych — nowotwory zawsze odnawiały się i to zmusiło go do szukania innego sposobu leczenia, a mianowicie — zaczął stosować żegadło i szybkozmiennie prądy jedno- i dwubiegunowe. Leczenie to dało mu wyniki jaknajlepsze. Terazniejszy zabieg polega na zniszczeniu masy nowotworu za pomocą żegadła i głębokiego przenikania iskrami w podstawę nowotworu.

(*American Journal of Surgery, Kwiecień 1913*).

K. NIELUBOWICZ.

**Wulff.** *Leczenie zakażenia dróg moczowych za pomocą szczepionek.*

Autor stosował szczepionki autogeniczne z drobnoustrojów, wyhodowanych z moczu chorych. Leczenie zaczynał od małych dawek — 10—25 milionów, wstrzykując zawsze podskórnie co 2—3 dni, dochodził stopniowo do 500 i do 1000 milionów. W jednym tylko przypadku zauważono silne działanie z wysoką ciepłotą, dreszczami, utratą przytomności i drgawkami. Uniknąć tego można, stosując szczepionkę ostrożnie i nie przekraczając zbyt wielkich dawek.

Odczyn miejscowy w postaci zaczerwienienia i obrzęku na miejscu wstrzyknięcia spotyka się dość często, zwłaszcza po większych dawkach.

Autor stosował szczepionkę w 100 przypadkach zakażeń dróg moczowych, jednak opisuje, jako dokładniej spostrzegane, tylko 63 przypadki, w tem 11 mężczyzn, 45 kobiet, 3 chłopców i 4 dziewczynki w wieku od 4-eh do 12-tu lat. Przypadki te dzieli autor na pięć grup, ilustrując każdą z nich mniej lub więcej szczegółowemi historyjami chorób.

I grupa — 23 przypadki ostrego zapalenia miedniczek nerkowych.

II grupa — 19 przypadków łagodnego i przewlekłego zakażenia.

III grupa — 11 przypadków zakażenia dróg moczowych w połączeniu z kamicą nerek.

IV grupa — 5 przypadków zakażonej nerki wędrującej i 1 przypadek zrostów okołonerkowych.

V grupa — 4 przypadki zakażenia pęcherza moczowego.

Większość chorych przed zastosowaniem szczepionek była leczona zwykłemi metodami (przeplukiwania, cewnikowania i t. d.). 56 razy znaleziono w moczu b. coli, 4 razy staphylococcus, 2 razy proteus i raz streptococcus. W 12 przypadkach

leczenie nie dało żadnego wyniku, u 57-iu chorych otrzymano wyleczenie całkowite lub znaczne polepszenie.

Najlepsze wyniki otrzymano u chorych 1-ej, 2-ej i 5-ej grupy, gdyż tylko w 9% leczenie pozostało bez skutku. Natomiast u chorych grupy 3-ej i 4-ej notowano tylko 53% wyleczeń. Następnie warte zaznaczenia są jeszcze następujące dane liczbowe: w 72,9% (na 48 przypadków) usunięto białkomocz, w 58,7% (na 63 przypadki) po leczeniu mocz był bez ropy i tylko w 28,5% mocz po leczeniu był jałowy.

W końcu autor podaje wyniki swych badań nad znaczeniem wskaźnika opsonicznego w leczeniu zakażeń dróg moczowych. Okazało się, że wielkość wskaźnika dla *b. coli* jest bardzo zmienna i całkiem nie odpowiada wahaniom klinicznym w stanie chorego.

(*Zeitschr. f. Urologie. IX. 1913*).

KOŁODZIEJSKI.

**Bertolotti i Terria.** *Leczenie nowotworów wewnątrzpęcherzowych za pomocą szybkozmiennych prądów, wprowadzonych przez drogi cystoskopowe.*

Edwin Beer zaproponował następujący sposób leczenia nowotworów pęcherza moczowego. Przed zabiegiem wypełniamy pęcherz wodą wyjałowioną z domieszką 1:4000 cyanku rtęci. W tem środowisku iskra z łatwością odskakuje i daje się skierować na podstawę nowotworu.

Przewodnik—druć miedziany—powinien być szczelnie odo-sobniony i dla tego, naoliwiwszy go wasełiną, wsuwamy do cewnika. Koniec przewodnika, wystający z cewnika, nie powinien być dłuższy nad  $\frac{1}{2}$  mm. Należy uważać, by przecięcie poprzeczne przewodnika było zupełnie prawidłowe. Cewnik z przewodnikiem wsuwamy do cystoskopu Nitzego, zewnętrzny koniec przewodnika łączymy z szybkozmiennym prądem. Chory pozostaje w zwykłej pozycji do wziernikowania pęcherza moczowego. Pomocnik powinien uregulować siłę napięcia i łączyć przewo-dnik z prądem dopiero wtedy, gdy operujący dobrze ustawi koniec wewnątrzpęcherzowy. Siła napięcia waha się od 12—12 m. amp., a długość iskry od 2—3 cm. Beer dochodził czasem do 7—8 cm. długości iskry. Długość jej zależna jest od napięcia, oraz zbiornika, z którego czerpiemy prąd szybkozmienny.

By wywołać obumarcie tkanek nowotworowych, wystarcza 2—3 cm. długości iskry. W ten sposób niewielki brodawczak pęcherzowy można zniszczyć zupełnie na jednym lub dwóch posiedzeniach. Podczas zabiegu chory odczuwa zaledwie niez-naczne kłucie; umożliwia to wykonać zabieg bez znieczulenia



miejscowego. Trzeba nadmienić, że chociaż operujący nie może dostrzedz iskry przez cystoskop, słyszy natomiast suchy jej trzask, co go upewnia, że zabieg odbywa się prawidłowo. Podczas fulguracyi daje się zauważyć przez cystoskop wirowanie białego kurzu—są to obumarłe cząstki guza pod wpływem iskry. Krwawienia nie bywa. Miejsce na nowotworze od stosowania fulguracyi czernieje.

Leczył Beer brodawczaki pęcherza moczowego u dwóch osobników i miał wyniki dodatnie, odnowienia się guza nie zauważył ani razu. Brodawczaki pęcherza moczowego można usunąć wewnątrzpęcherzowem wycięciem przy pomocy operacyjnego cystoskopu Nitzego, atoli sposób Beera jest łatwiejszy i prawie bezbolesny.

*(Annales d'electrobiologie et de radiologie. Janvier 1913).*

K. NIELUBOWICZ.

### *Zesas. Leczenie chirurgiczne zapalenia nerek.*

W ostatnich dziesiątkach lat zaczęto próbować leczenia chirurgicznego w zapaleniach nerek. Przekonano się, że w niektórych przypadkach zabieg chirurgiczny był w możności zwalczyć groźne objawy, mianowicie moczenie skąpe (oliguria), bezmocz, krwiomocz, silne kolki nerkowe jedno lub obustronne. Dwa zabiegi mogą tu mieć miejsce: odłuszczenie torebki nerkowej oraz cięcie nerki.

Harrison w 1878 roku, podejrzewając u 18-letniego młodzieńca poszkarlatynowy ropień w nerce, przeciął ją, ropnia jednak nie znalazł; po zabiegu nastąpiło zwiększenie się ilości moczu, zmniejszanie się białkomoczu i chory wyzdrowiał. W dwóch innych przypadkach wobec ciężkich zmian zapalnych w nerkach z silnem napięciem torebki za pomocą cięcia nerki otrzymał H. znaczne polepszenie.

Zwiększone ciśnienie w nerce uważał Harrison za następstwo przekrwienia zapalnego lub też mechanicznej przeszkody w krążeniu krwi. Przecięcie jednej nerki uważał H. za wystarczające, gdyż zmniejszenie ciśnienia w jednej nerce wpływa dodatnio na czynność drugiej.

Podobne wyniki przy przecięciu nerki otrzymali Korteweg i inni.

Powstawanie bezmocz u Korteweg objaśnia tak: skutek wstrzymania odpływu krwi żyłnej z nerki, wzrasta ciśnienie wewnątrznerkowe, jednocześnie zaś zmniejsza się przyływ do nerki krwi tętniczej, obieg krwi w nerce ustaje i następuje bezmocz. W przeciwieństwie do teorii Israela o odruchowym

bezmoczu K. dowodzi, że, ponieważ czynność wydzielnicza nerek przez regulatory naczynioruchowe podzielona jest między obie nerki, w razie choroby jednej nerki druga zmuszona jest do większej pracy; jeżeli ta ostatnia jest zdrowa, łatwo wypełni swe zadanie, jeśli zaś jest chora, lub ma mało rozciągliwą torebkę, następuje przekrwienie żyłne, prowadzące do bezmoczu.

Edebols zwrócił uwagę na leczenie chirurgiczne przewlekłych zapaleń nerek. Dla umocowania nerki wędrującej zdejmował z niej torebkę; w sześciu operowanych przypadkach, powikłanych przewlekłym zapaleniem nerek, otrzymywał po zabiegu poprawę stanu zapalnego. Przypisując poprawę, wzgl. wyzdrowienie zabiegowi, Edebols operował szereg przewlekłych zapaleń nerek, i w 1901 roku ogłosił wyniki, radząc „leczyć operacyjnie przewlekłe zapalenia nerek“ za pomocą zupełnego usunięcia torebki. Zabieg ten obniża ciśnienie wewnątrznerkowe, krwiobieg poprawia się, miąższ nerki zrasta się z tłuszczem okołonerkowym, wytwarzając obfitą w naczynia tkankę, z niej naczynia wrastają w nerkę, tworząc połączenia z jej naczyniami; krążenie dodatkowe ułatwia odpływ produktów zapalnych, przyspiesza tworzenie się nowego nabłonka nerkowego.

Twierdzenia Edebolsa pobudziły do doświadczeń na zwierzętach, lecz te nie potwierdziły jego wywodów.

Doświadczenia Johnsona, Halla i Herxheimera, Buscha, Gifforda wykazały, że po odłuszczeniu z nerki torebki tworzy się nowa otoczka, obfita w naczynia krwionośne, lecz po krótkim czasie stawała się ona zbitą, jak mocna tkanka łączna, naczynia w niej powoli zanikały zupełnie; wytwarzała się więc nowa torebka grubsza i twardsza od prawidłowej bez połączeń z naczyniami nerki.

Do innych wyników w swoich doświadczeniach doszli Vann Cott, Stursberg, Martini, Zaaiers: znajdowali oni po zdjęciu z nerki torebki mniej lub więcej rozwinięte połączenia naczyń krwionośnych nerki i tkanek otaczających.

Wyniki doświadczeń bądź co bądź dowodzą, że może powstać po usunięciu torebki oboczne krążenie. Na tej zasadzie szereg badaczy otulał pozbawioną torebki nerkę siecią dużą zewnątrz lub wewnątrzotrzewnowo, i otrzymywali połączenia naczyń nerki i sieci. Inni autorowie po podobnych doświadczeniach otrzymywali wyniki ujemne.

Dobre wyniki mieli Lipburger, przyszywając do obnażonej nerki płat mięśnia czworobocznego lędźwiowego, Kasper, umieszczając nerkę obnażoną na mięśniach, Parlavecchio, wszywając sieć do przeciętej nerki.

Isobe robił takie same doświadczenia po podwiązaniu na-

czyń nerki; w nerce normalnej cała istota nerki obumierała, pozostawały przy życiu nieliczne mostki na granicy między korą i mięszem; w nerce zaś, pozbawionej torebki i pokrytej siecią, istota nerkowa pozostawała w postaci pierścienia szerokości 0,2—1 cm. dookoła sieci.

U ludzi przy badaniu pośmiertnem niektórzy znajdowali rozwinięte naczynia oboczne, większość wszakże—twardą torebkę, skąpo unaczynioną.

Spostrzeżenia kliniczne potwierdzają, że za pomocą zdjęcia torebki z nerki nie wytwarza się nowych naczyń, poprawia się tylko krążenie krwi w nerkach dzięki obniżeniu ciśnienia wewnątrznerkowego.

Klinicznie po usunięciu torebki stwierdzano poprawę zdolności wydzielniczej nerek, zmniejszenie białkomoczu, zwiększenie ilości mocznika i chlorków, poprawę działalności serca, znikanie obrzęków i bólów, przytem poprawa trwa długo: autor zna przypadek, gdzie trwa ona już 3 lata.

Do leczenia chirurgicznego nadają się te postaci ostrych i przewlekłych zapaleń nerek, które prowadzą do śmiertelnego bezmocz i w których leczenie wewnętrzne jest bezskuteczne. W przebiegu takich zapaleń następuje obrzęk śródbłonna i przejście do otoczki Bowmanna, zwężenie światła kanalików moczowych, zastój moczu, wywołujący ucisk naczyń, zastój żylny, który zwiększa jeszcze zastój moczu, wzrasta ciśnienie wewnątrznerkowe, które zwiększa się dopóty, dopóki nie oprze mu się torebka nerki, co prowadzi stopniowo do bezmocz. Tu odłuszczenie torebki, zmniejszając ciśnienie wewnątrznerkowe, jest środkiem skutecznym.

Przewlekłe zapalenie nerek może też doprowadzić do moczenia skąpego lub też bezmocz. Tu, według Lehmana, należy odróżniać bezmocz, zależny od zaniku właściwych elementów nerkowych, oraz — od obostrzenia sprawy przewlekłej; w pierwszym przypadku mamy obraz przewlekłej mocznicy, wolno posuwającej się, w drugim—występuje ona nagle i gwałtownie; tylko w ostatnim przypadku odłuszczenie torebki daje wynik dodatni.

Bezmocz może zależeć także od innych przyczyn, np. kamicy nerkowej, odruchowo; tutaj zabieg daje pomyslnie wyniki.

Bardzo ważny jest wpływ usunięcia torebki na zmniejszenie krwimoczu, szczególnie w postaci choroby nerek, zwanej przez francuzów *néphrite parcellaire*, a przez Caspera — *nephritis circumscripta*. Choroba ta anatomopatologicznie przedstawia się, jako pojedyncze małe ogniska zapalne przeważnie w jednej nerce, klinicznie zaś w postaci gwałtownych, często śmiertelnych krwawień z nerki; po dłuższym lub krótszym prze-

ciągu czasu krwimocz, nie poddający się leczeniu wewnętrznemu, ustaje samoistnie, by po pewnym czasie powrócić. Po napadzie badanie moczu po za śladami białka zmian nie wykazuje. Przyczyna choroby nie wyjaśniona, prawdopodobnie zależy od samozatrucia; krwawienie zależy albo od zmian zapalnych ścian pojedynczych naczyń, przez co są one drożne dla krwi, albo od pęknięcia zmienionych naczyń wskutek nieprawidłowego krwioobiegu. Odłuszczenie torebki z nerki jest w tym przypadku nieocenionym środkiem; podobnie działa i cięcie nerki.

Następna postać zapaleń nerek, nadająca się do leczenia chirurgicznego, jest opisana przez Caspera, jako Koliknephritis. U ludzi, dotychczas zdrowych, zjawiają się silne bóle w okolicy nerki, promieniujące do krzyża i uda porażonej strony, trwające po kilka minut, a czasem i po godzinie i wracające po pewnym przeciągu czasu. Mocz zawiera ślad białka i cylindry. Przyczyna, według Caspera, nagle występujący obrzęk nerki. Podczas operacji znajdujemy otoczkę zgrubiałą, nerkę obrzękniętą, siną. Odłuszczenie torebki jest tu środkiem niezawodnym.

Leczenia chirurgicznego wymaga także nephritis aposthematica, o którym mówił Kümmel na zjeździe chirurgów w Berlinie w 1912 roku. Zapalenie to bywa przeważnie jednostronne, objawia się w bólach miejscowych, parciu na mocz, nudnościach, wymiotach, wstrząsającym dreszczu, gorączce. Mocz zawiera ropę i drobnoustroje, czasem czerwone ciała krwi i nieznaczną ilość cylindrów. Stosuje się tutaj cięcie lub wycięcie nerki.

Sippel zalecił odłuszczenie torebki z nerek w rzucawce nerkowego pochodzenia; zastosował ten zabieg pierwszy Polano. W ostatnich czasach wielokrotnie stosowano ten zabieg w rzucawce; pomimo nieznaney przyczyny tej choroby, wyniki były pomyślne: mocz zaczynał wydzielać się, drgawki ustawały, przytomność wracała.

(*Sammlung klin. Vorträge. № 185*).

A. AMBROŻEWICZ.

### Rovsing. Gruźlica nerek.

Autor twierdzi, że pierwotna gruźlica nerek w 67% zostaje nierozpoznana, i chorzy długi czas są mylnie leczeni. Ma to między innymi pochodzić stąd, że powszechnie pokutuje mniemanie, jakoby nie mogło być gruźlicy nerek bez białkomoczu. Tymczasem autor na 200 przypadków gruźlicy nerek zebrał 7 przypadków, gdzie białkomoczu nie stwierdzono. Preto u osobników, podejrzanych o gruźlicę dróg moczowych, na-



leży badać mocz możliwie najdokładniej i nie ograniczać się na stwierdzeniu braku białka.

Badanie czynnościowe nerek, zdaniem autora, nie ma wielkiego znaczenia. Wystarczy określenie ilości mocznika w moczu. Aczkolwiek i to ma znaczenie tylko jednokierunkowe, gdyż zmniejszenie ilości mocznika może powstać już to wskutek odruchu z nerki chorej na zdrową, już to wskutek upośledzenia całego ustroju wskutek gruźlicy jednej nerki. Największą wagę kładzie autor na skrupulatne szukanie prątków w moczu.

Wbrew mniemaniu Wagnera i Küstera, jakoby prątki znajdowały się w moczu tylko w 10 — 20% gruźlicy nerek, autor twierdzi, że znajduje za pomocą metody Forella prątki w 80,7%. Dla stwierdzenia, która nerka jest zakażona, rozdzielacze Louisa i Cathelina zupełnie nie nadają się, gdyż w gruźlicy jednostronnej, powikłanej owrzodzeniem gruźliczym pęcherza na stronie przeciwnej, co zdarza się często, w moczu, zebrany za pomocą separatora, prątki mogą być w obu porcyach; stąd błędne rozpoznanie i rokowanie. Nie przemawia także na korzyść obustronnej gruźlicy stwierdzenie w moczu jednej nerki prątków, a w jałowym moczu drugiej — białka. Już w 1905 r. autor zwracał uwagę na fakt, że wobec ciężkiej gruźlicy jednej nerki w moczu drugiej nerki niegruźliczej można znaleźć białko pochodzenia toksycznego. Takich przypadków zebrał autor 13.

W przypadkach gruźlicy nerek, gdzie nie można wprowadzić wziernika pęcherzowego i zcewnikować moczowódów, autor ponownie proponuje robić obnażenie obu nerek, aby za pomocą obmacywania przekonać się, która z nich jest gruźliczo zmieniona. Na 30 przypadków, operowanych w ten sposób, autor przekonał się, że w 24 przypadkach zmieniona była tylko jedna nerka, w 6 pozostałych była gruźlica obustronna. Po stwierdzeniu jednostronnej gruźlicy nerki należy bezwarunkowo operować. Wszelkie metody zachowawcze narażają pacyenta na szerzenie się sprawy gruźliczej.

W ostatnich czasach autor po radykalnem postępowaniu miał tylko 3,3% śmiertelności (na 31 przypadków). W przypadkach gruźlicy nerki, powikłanej gruźliczymi zmianami pęcherza moczowego, jeżeli zmiany te, po wyjęciu chorej nerki, nie cofają się samoistnie, co 2 dni przemywa pęcherz wodą wyjałowioną i następnie wlewa 50 ccm. ciepłego 6% kwasu karbolowego, który pozostaje w pęcherzu 2 — 3 minuty. Wlewania te stosuje dopóty, dopóki kwas karbolowy, wypuszczony z pęcherza, nie jest jasny, przezroczysty.

Przypadki zatrucia karbolem spotykają się rzadko. Le-

czenie to jest bolesne i daje się stosować tylko tam, gdzie zmiany w pęcherzu ograniczone są do śluzówki. W końcu swej pracy autor podaje opis 7-iu przypadków gruźlicy nerek bez białkomoczu.

*(Revue clinique d'urologie. Mai, 1913).*

KOŁODZIEJSKI.

---

---

# TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

### I. POSIEDZENIA CHIRURGICZNE.

*Posiedzenie dnia 23 maja 1913 r.*

1. *Raum.* Przyrząd Perthesa do bezpośredniego podrażnienia nerwu.
2. *Marcinkowski.* Przedstawienie chorego po plastyce krtani sposobem Mangoldta.
3. *Oderfeld.* Pokaz preparatów ostrego wgłobienia.
4. *Leśniowski.* Pokaz ropniaka jajowodu.
5. *Stankiewicz Wł.* Pokaz rentgenogramów zeszytej rzepki.
6. Dyskusya nad odczytem Krauzego: O leczeniu operacyjnem wypadnięcia odbytnicy.

1. *Raum.* Przyrząd Perthesa do bezpośredniego podrażnienia nerwu.

Najmłodszym a zarazem najsubtelniejszym sposobem miejscowego znieczulenia jest tak zwana Leitungsanästhesie, znieczulenie odnośnego pnia nerwowego za pomocą wstrzyknięcia doń roztworu nowokainy z adrenaliną. Trafić końcem igły strzykawki w nerw nie tak łatwo, jakby się to zdawało. Że igła utkwiała w pniu nerwowym, powiadał nas zwykle sam chory, skarżąc się na parestezye w przebiegu tegoż nerwu. Taka subiektywna metoda jest często zawodna, o czem wie każdy chirurg, co tej sprawy dotykał. Jedynym niezawodnym obiektywnym sposobem dowiedzenia się, że nerw został trafiony, jest prąd przerywany. Mając na oku wspomnianą okoliczność, prof. Perthes w Tybindze obmyślił następujący przyrząd. Igła dowolnej długości powleczone jest masą odosobniającą i tylko ostry jej koniuszek jest obnażony i służy, jako przewodnik. Iglę tak sporządzoną łączymy z jednej strony ze strzykawką „Record“, pojemności 20 cm.<sup>3</sup>, z drugiej strony za pomocą kabla gumą powleczonego, dającego się wyjąłować przez gotowanie w wodzie, z maszynką faradyczną. Ponieważ zwykle tego rodzaju maszynki dają zbyt silny prąd do naszych celów, Perthes użył, idąc za radą swego asystenta Hartera, prądu tylko z wtórnej cewki i tylko jej

zewewnętrznych zwojów. Maszynka faradyczna ma oprócz tego jeszcze trzy kable: jeden połączony z dużym metalowym włącznikiem, pokrytym tkaniną, który przed użyciem zwilżamy wodą, a podczas rękożynu przykładamy gdziekolwiek na skórę, drugi połączony z metalowym pędzelkiem i trzeci, który kładziemy na ziemi dla włączenia prądu nogą za pomocą naciśnięcia wystającego guzika. Ten ostatni włącznik ma służyć zamiast ręcznego, co pozwala nie dotykać rękami podczas operacji części aparatu niewyjałowionych. Przypuszczając, żeśmy trafili w pień nerwowy igłą, naciskamy nogą wspomniany guzik na wyłączniku nożnym, poczem, jeżeli otrzymamy skurcze w odnośnych mięśniach, wstrzykujemy zawartość strzykawki. Po krótkiej chwili występuje znieczulenie, które stwierdzamy za pomocą metalowego pędzelka.

Przyrząd wyrabia C. G. Heynemann w Lipsku — Elsterstrasse 13. Cena 80 marek.

2. *Marcinkowski*. Chory przed 1½ rokiem przechodził tyfus brzuszny, do którego przyłączyła się perichondritis laryngea. W jednym ze szpitali tracheotomowano i z rurką musiano wypisać chorego, bo bez niej oddychanie nie było możliwe.

Znaleziono dwie przeszkody dla oddychania: zeszywnienie ruchomych części ze strunami w położeniu fonacyjnym, oraz zwężenie chrząstki pierścieniowatej; ta przepuszczała od dołu tylko cieniutki zgłębnik chirurgiczny, zgłębnik maciczny mógł być przeforsowany tylko przy użyciu znaczniejszej siły. Od góry żaden zgłębnik nie mógł być przeprowadzony do tchawicy. Najpierw uruchomiono krtani, wprowadzając bougie metalowe od góry aż do poziomu chrząstki pierścieniowatej, a po uzyskaniu pewnej ruchomości — dla strony prawej zupełnej, dla lewej niezupełnej, wykonano plastykę chrząstki pierścieniowatej podług planu Mangolda: wszczepiono chrząstkowy tępy klin, wyjęty z żebra, pod skórę szyi, a po 2-ch miesiącach dokonano rozszczepienia krtani i chrząstki pierścieniowatej, włożono sącdek gruby do środka od górnej części tchawicy aż cokolwiek ponad wejście krtani górne, wycięto płat trójkątny skóry szyi, na którego wierzchołku znajdowała się wszczepiona uprzednio chrząstka, skrócono płat na boki, wpuszczono chrząstkę jak wieczko ponad rozwartą chrząstkę pierścieniową — w ten sposób sztukując brak w tej ostatniej. Rurkę tracheotomijną pozostawiono w tchawicy. Po 7 tygodniach sącdek wydobyto przez przetokę w tchawicy i chory może odtąd oddychać nosem, lecz, ponieważ krtani musi być dalej leczona aż do zupełnego uruchomienia, pozostawiono w przetoce rurkę małego kalibru z okienkiem na wypukłości, która jednak przez cały dzień jest zatkana korkiem, i tylko na noc odykana. W ten sposób krtani gimnastykuje się, zmuszona do rozszerzania przy wdychu szpary głosowej. Wycinanie strun na krtani nieruchomej sprowadza stały bezgłos, bo szpara głosowa będzie stale rozwarta, a podwójna czynność krtani polega na tem, że do wydawania głosu krtani może szczelnie zamykać się, zaś do oddychania szeroko rozwierać.

W dyskusyi:

Krauze uważa wewnętrzną rurkę za zbytęcną.



Czarkowski operował analogiczny przypadek u 5-letniego dziecka po tyfusie i wykonał tylko miejscową plastykę.

Marcinkowski odpowiada, że chrząstka pierścieniowata nic nie przepuszczała, więc dlatego trzeba było wykonać plastykę z chrząstki żebrowej.

3. *Oderfeld* przedstawia preparaty dwóch chorych, operowanych z powodu ostrego wglóbenia.

Pierwszy dotyczył 12-letniej dziewczynki, która przybyła do szpitala na 11-ty dzień choroby i bezzwłocznie została operowana. Choroba rozpoczęła się bólami w brzuchu i wymiotami, trwającymi 3 doby, zaparcie przez 4 dni. Na 5-ty dzień wypróżnienie obfite, po którym samopoczucie chorej znakomicie poprawiło się. O. widział w tym czasie chorą w jej mieszkaniu, i zalecił zapisanie się do szpitala. Po 2-ch dniach znów zaparcie i bóle, trwające aż do operacji. Przy badaniu chorej w szpitalu stwierdzono stan bezgorączkowy, język suchy, brzuch nie wzdęty, bolesny jednak na lekki ucisk, w prawym dole biodrowym wyczuwa się guzowatość; wyraźna *dé-fense musculaire*, zwłaszcza z prawej strony. Tętno 120. Od czasu do czasu bóle, lecz kłębienia się jelit nie widać. Zaparcie zupełne. Rozpoznano wglóbenie.

Cięcie skośne w prawym dole biodrowym. Po otwarciu jamy brzusznej wypływa cuchnąca ropiasta wydzielina. Wydobyto z jamy guz, pokryty szarym nalotem. Po wytamponowaniu jamy brzusznej naokoło guza gazą wyjałowioną, zbadano dokładnie guz i przekonano się, iż miano do czynienia z wglóbeniem jelita krętego wraz z kątnicą i wyrostkiem do jelita wstępującego (*invaginatio ileo-coeco-colica*). Lekka próba odpochwienia za pomocą wytlaczania miała ten skutek, że jelito wglóbiające pękło i w otwór wysunęło się jelito wglóbenie w stanie zgorzeli. Wobec tego guz cały obłożono serwetami i przystąpiono do wykonania wycięcia całego guza. Zabieg ten wykonano w zwykły sposób po uprzednim podwiązaniu krezki wzdłuż guza. Przywrócenie ciągłości kanału kiszki uskuteczono w ten sposób, że jelito wstępujące zaszyto 3-ma piętarami, a jelito kręte wszyto do poprzecznicy. Ten ostatni szew zabezpieczono obszyciem naokoło siecią. Do dołu biodrowego włożono 2 paski gazy i część tylko rany zaszyto.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie dobry, na 4-ty dzień wypróżnienie, lecz na 7-my dzień chora dostała jakiejś wysypki po całym ciele z wysoką ciepłotą, zajęciem gardzieli. Według orzeczenia internistów chora przeszła prawdopodobnie szkarlatynę. Po 5-cio tygodniowym pobycie w szpitalu wypisała się zdrowa. Po zabiegu tym chora przez szereg miesięcy skarżyła się na rozwolnienie, które jednak z czasem znikło.

Drugi przypadek przedstawia pod względem anatomopatologicznym daleko większy interes. Dotyczy on 68-letniej kobiety, która przybyła do szpitala na 5-ty dzień choroby. Podobne przypadłości miewała już dwukrotnie, lecz w obu razach po kilku godzinach lub dniach sprawa znikła. Obecnie choroba rozpoczęła się bólami w górnej części brzucha i gwałtownymi wymiotami. Te pierwsze w ostatnich dniach znacznie zmniejszyły się, natomiast wymioty trwają w dalszym ciągu, tak iż chora absolutnie pokar-

mów nie przyjmuje. Bóle zjawiają się od czasu do czasu w postaci napadów, trwających parę minut. Przy badaniu chorej, której stan ogólny robi uderzająco dobre wrażenie, — sama przyszła na stół do badania — znajdujemy brzuch miękki, nieco wzdęty, nie bolesny. Przez powłoki brzuszne wyczuwamy w górnej części brzucha nad pępkiem podłużny guz, złożony z dwóch części, dość ruchomy. W stolcach dwukrotnie krew. Rozpoznało wglóbiecie.

Po otwarciu jamy brzusznej i wydobyciu owego guza, długości około 20 cm., stwierdzono, iż w istocie mamy do czynienia z wglóbieciem w górnym odcinku kanału pokarmowego. Za pomocą lekkiego wytłaczania udało się z łatwością jelito odgłobić całkowicie. Mieliśmy przed sobą invaginatio jejuno-jejunalis w odległości 30 cm. od plica duodeno-jejunalis. Atoli po dokonaniem odgłobienia zauważono, że w górnej części jelita czczego znajdują się guzowatości najróżnorodniejszego kształtu i wielkości i to na przestrzeni około 15 cm. polipy wewnątrzjelitowe, które należy uważać w danym przypadku za czynnik, sprzyjający powstaniu wglóbiecia. Dla uniknięcia powtórnego wglóbiecia, co zresztą już kilkakrotnie powtarzało się, O. wyciął ową część jelita czczego, zawierającego wspomniane polipy, i oba odcinki złączył bout à bout dwupiętrowym szwem; spojenie boczne w danym wypadku byłoby niewykonalne, ponieważ kikut górny jelita (od plica duodeno-jejunalis) nie był dłuższy nad 10 cm. Już po dokonaniu spojenia jelita ze zdumieniem stwierdzono, że podobny guz wysuwa się przy ucisku na dwunastnicę z samej dwunastnicy w jelito czcze. Z powodu więc zamknięcia dwunastnicy O. wykonał tylko gastroenterostomię z enteroenteroanastomozą. Niestety, O. przyznaje po smutnem zejściu, chora bowiem w parę godzin po operacji zmarła, że przecenił siły chorej, która takiego zabiegu znieść nie była w stanie. Być również może, że ostatniego zabiegu (gastroenterostomia) można było zaniechać, ponieważ owe polipy były dawnego pochodzenia, i pomimo ich obecności chora dożyła sędziwego wieku.

Polipy okazały się tłuszczakami.

4. *Leśniowski* przedstawia okaz ropniaka jajowodu i macicę, podkreślając konieczność wczesnego operowania.

5. *Stankiewicz Wł.* przedstawia rentgenogramy po zeszytciu rzepki i rentgenogram płomby w przelyku.

6. Dyskusya nad odczytem Krauzego: o leczeniu operacyjnem wypadnięcia odbytnicy.

*Stankiewicz Czesław* mówi o przypadku wypadnięcia odbytnicy, w którym stosował kolopeksyę z wynikiem bardzo dobrym. Przypadek dotyczył młodej dziewczyny, cierpiącej na prolapsus recti od lat kilku; wychodziła znaczna część kiszki (około 16 cm.). Przyszycie kiszki do ściany brzusznej jedwabiem. Gojenie się rany niepowikłane. W celu zwężenia odbytu w tym przypadku S. wprowadził podskórnice i zawiązał nić florenczką, która jednakże wkrótce wyropiała.

Pacjentka była po pięciu latach przedstawiona w Tow. Lek. Warsz.

bez nawrotu wypadnięcia, jakkolwiek zmuszona jest do ciężkiej pracy fizycznej.

Czarkowski Józef przy prolapsus recti stosował najrozmaitsze sposoby, z wyjątkiem Mikulicza, i uważa, że przy wyborze metody trzeba indywidualizować przypadki, zwracając uwagę na wiek chorych, stan ogólny, długotrwałość cierpienia i wielkość wypadającego odcinka kiszki. Najczęściej Cz. stosował kolopeksję (5 razy) z dobrym wynikiem u ludzi nawet b. starych i wyniszczonych. Zabieg powyższy, jako wykonalny w znieczuleniu miejscowym, należy do lekkich i może być zastosowany nawet u znacznie wyczerpanych chorych. U swoich chorych Cz. nie widział nawrotu cierpienia, lecz statystyka nie jest zachęcająca i twierdzą, że po paru latach często nie pozostaje nawet śladu przymocowania.

Metodę Rhena-Delorme'a Cz. stosował w dwóch przypadkach. Po raz pierwszy przed 4-ma laty. Obfitego krwawienia nie obserwował być może dla tego, że odłuszczał śluzówkę na tępo wacikami, łapiąc szczypczykami każde krwawiące naczynie. Po zastosowaniu uciskadła balby się następowego krwotoku.

W każdym przypadku stosował wycięcie trójkąta ze skóry na tylnej części odbytu i zwiężał paroma szwami zwieracz zewnętrzny, zwykle rozluźniony. Wyniki pooperacyjne były b. dobre. Metodę Rhen-Delorme'a uważa za zasługującą na uwagę i stosowanie.

Kryński zwraca uwagę, że do kolopeksji koniecznie trzeba dodawać wzmocnienie podstawy miednicy: zbliżenie m-li levatoris ani.

W. Stankiewicz potwierdza słuszność zdania kol. Czarkowskiego o konieczności indywidualizowania każdego poszczególnego przypadku wypadnięcia odbytnicy, w celu zastosowania odpowiedniego sposobu leczenia. Tam gdzie wypadnięcie trwa niedługo i polega tylko na wysuwaniu się śluzówki, jak to najczęściej bywa u dzieci, odpowiednie leczenie wewnętrzne przy pomocy środków ściągających lub przyżegania wypadłej śluzówki wystarczy do zupełnego wyleczenia.

Inaczej ma się z przypadkami zadawnionymi, gdzie wypada cała kiszka prosta a nawet esica tak, że mamy do czynienia z inwaginacją górnego odcinka kiszki w część niżej położoną, skutkiem czego powstać mogą rozległe zrosty pod wpływem owrzodzeń śluzówki i przewlekłego zapalenia; nadto mamy tu do czynienia z osłabieniem i ścięciem zwieracza odbytu a także rozluźnieniem mięśnia unoszącego odbyt (levator ani). Wobec takich zmian organicznych metody operacyjne, skierowane do odprowadzenia wypadłej kiszki lub usunięcia wypadłej części sposobem Mikulicza, nie prowadzą do celu i zwykle w krótkim czasie następuje wznowa. Już sama liczba i różnorodność metod operacyjnych, stosowanych do leczenia wypadnięcia kiszki, wskazuje, iż żadna z nich nie daje pewnego wyniku. I nic dziwnego, gdyż wobec skomplikowanych czynników, składających się na dany stan patologiczny, a mianowicie: rozluźnienia więzadeł kiszki, rozciągnięcia zwieracza i osłabienia mięśni podtrzymujących kiszkę w dole miednicy, tylko metody operacyjne, liczące się z temi zmianami i mogące przy-

wrócić warunki prawidłowe, mają szanse powodzenia. S. stosował w przypadkach ciężkich dwukrotnie metodę Weinlechnera, ulepszoną pod względem ograniczenia utraty krwi, w obudwu jednak razach miał ropienie i częściowe rozejście się szwu, a po zagojeniu zwężenie obrączkowe w miejscu zabliźnienia. W jednym zaś przypadku nawrót wypadnięcia ujawnił się w parę miesięcy po operacji.

Sawicki w lżejszych przypadkach wykonywa *rectopexiam* sposobem Giraud-Marchanda, w cięższych — *colopexiam*. Sposób Quénu posiada duże wady.

Oderfeld sądzi, że w przypadkach wypadnięcia prostnicy o „indywidualizowaniu“ można mówić tylko odnośnie do ogólnego stanu chorego, jego wieku oraz czasu trwania wypadnięcia. Nigdy prawie nie jesteśmy w stanie wykazać wzgl. „indywidualizować“, która z zasadniczych trzech przyczyn, mianowicie: rozluźnienie więzów, opuszczenie jamy Douglasa, lub osłabienie dna krocza—w danym przypadku odgrywa rolę decydującą i dlatego nie możemy ściśle określić, w jakim kierunku nasze zabiegi iść winny. Dlatego też O. sądzi, że w rzadkich przypadkach osiągniemy doszczętnie wyleczenie, o ile zabiegi nasze nie będą skierowane we wszystkich kierunkach i nie zastosujemy kilku metod u jednego i tego samego osobnika.

Leśniowski w wyborze metody operacyjnej przedewszystkiem uwzględnia wiek pacyenta. U jednej chorej staruszki wykonał cięcie brzucha, przyszył kiszkę nietylko do otrzewnej, lecz nawet do mięśnia biodrowego, po za tem zwęził jej zwieracz: jeszcze przed podniesieniem się chorej z łóżka nastąpiło znów wypadnięcie; wogóle — u ludzi bardzo starych nie warto operować.

Kijewski Fr. porusza obszernie stronę anatomiczną wypadnięcia, oraz wypowiada swoje uwagi w sprawie techniki operacyjnej.

W. DOBROWOLSKI.

## II. POSIEDZENIA GINEKOLOGICZNE.

*Posiedzenie dnia 28 marca 1913 r.*

I. *Zaborowski* przedstawił przypadek cięcia cesarskiego, dokonanego wobec miednicy zupełnie prawidłowej z powodu wskazań, zależnych wyłącznie od stanu części miękkich, sztucznie wytworzonego przez zabieg lekarski.

S. J., lat 32, ciężarna po raz pierwszy. Daty ostatniej miesiączki nie pamięta. Jednakże, wnosząc z wielkości brzucha i płodu, ciąża jest donoszona. Położenie płodu poprzeczne, głowa na wysokości grzebienia prawej kości biodrowej. Na brzuchu blizny: jedna tuż pod wyrostkiem mieczyko-



watym, podłużna długości 4—5 cm., i dwie blizny skośne, przebiegające po obu stronach nad pachwinami, równoległe do więzów Pouparta, symetryczne, długie na 8—10 cm. Pierwsza blizna powstała po usunięciu „guzika“, dwie blizny symetryczne — po operacji Aleksandra-Adamsa, dokonanej mniej więcej przed trzema laty. Wnosząc z opowiadania chorej, po pierwszej operacji wytworzyły się przepukliny, które następnie operowano w rok po pierwszej operacji. Chora leżała po operacji przepuklin blisko rok.

Badając przez pochwę, stwierdzono nieprawidłowo krótką część pochwową, twardą i bliznowatą, wciągniętą ku tyłowi, nieruchomą, przepuszczającą do otworu ujścia zaledwie ołówkę. W trzy godziny po wstąpieniu do szpitala odeszły wody, bóle prawidłowe co 10—12 minut. W nadziei, że ujście zewnętrzne otworzy się, chorą pozostawiono tymczasem własnemu losowi. Po 24 godzinach stan pozostał bez zmiany, ujście zamknięte, część pochwowa wciągnięta jeszcze wyżej ku tyłowi, do wzgórka kości krzyżowej.

Ponieważ występować poczęły objawy nadmiernego rozciągnięcia dolnego odcinka macicy, a C<sup>0</sup> chorej i tętno płodu pozostały prawidłowe, za najwłaściwszy sposób rozwiązania chorej Z. uznał cięcie cesarskie. Nie wiedząc, jaki być może stosunek macicy do ściany brzusznej, drogi zewnątrz-otrzewnowej nie uważał za właściwą. Jeszcze mniej wskazanem wydało się Z. cięcie pochwove, grożące u kobiety, rodzącej po raz pierwszy, dużymi trudnościami ze strony pochwy i śmiercią płodu.

Wytoczywszy macicę nazewnątrz jamy brzusznej, Z. znalazł ją mocno i nieprawidłowo rozciągniętą, zwłaszcza w okolicy prawego jajowodu, gdzie leżała głowa płodu. Cięcie Z. poprowadził w miejscu, wskazywanem przez Fritscha, nie otwierając jednak całego dna macicy. Otwór długości 12 cm., zajmujący połowę odległości od jajowodu do jajowodu, wystarczył w zupełności, ażeby wydobyć wypuklającą się głowę, a następnie tułów płodu, który to płód wydobyto żywy i rzeźwy.

Dalszy przebieg leczenia nic szczególnego nie przedstawia. Matka i dziecko zdrowe opuszczają klinikę. Dziś macicę znajduje się mocno przywartą do ściany brzusznej i nieruchomą; część pochwowa mała, twarda, zamknięta, leżąca ku tyłowi, tuż pod wzgórkiem kości krzyżowej. Stan szyi i części pochwovej tłómaczyć sobie można amputacją części pochwovej, której dokonano obok skrócenia więzów, o czym jednak Z. dowiedział się później. Przypadek ten zasługuje na szczególniejszą uwagę, jako żywy przykład, czem grożą zabiegi, jak powyższe, dokonywane bezkrytycznie na kobietach w pełni życia płciowego w razie, jeśli kobiety te zachodzą w ciążę i odbywać muszą poród. W przypadku Z. rodząca została ocalona, bo dokonane być mogło cięcie brzuszne. Pozostawiona sama sobie, chora uległaby niewątpliwie pęknięciu macicy i padłaby ofiarą powikłań, spowodowanych jedynie niewłaściwą pomocą lekarską. Grzeszą w tym kierunku zwłaszcza operatorzy mało tylko, lub wcale nie stykający się z położnictwem, nie zdający sobie sprawy, jaki wpływ mieć może zabieg na późniejsze losy operowanej.

Lorentowicz zaznacza, że jest zupełnie niesłuszne uzależnianie powi-  
kłań porodowych od tak prostych i celowych zabiegów operacyjnych, jak  
skrócenie więzów obłych w tyłzgięciu ruchomem macicy, i obcięcie szyi  
macicy w przypadkach przerostu z rozdarciem ust macicznych i nadżerką;  
operacje te zresztą, jak wiadomo, często dokonywane są właśnie dla usu-  
nięcia niepłodności.

W omawianym przypadku można mówić zaledwie o wadliwie wyko-  
nanym zabiegu, połączonym z wysiękiem, skoro chora zmuszona była około  
roku przeleżeć w łóżku po powtórnej operacji przepukliny pachwinowej.

2. *Tymieniecki* przedstawił okaz macicy, ciężarnej w V miesiącu, usu-  
niętej całkowicie z powody raka szyi macicznej.

3. *Jakowski Józef* przedstawił kobietę 30-letnią, zamężną od 8 lat,  
z brakiem zupełnym narządów rodnych wewnętrznych. Srom prawidłowy.  
Libido istnieje. Na miejscu pochwy zagłębienie, dające się wydłużyć pod na-  
ciskiem palca na kilka centymetrów wglęb.

Lorentowicz poruszył sprawę chirurgicznego leczenia wrodzonego bra-  
ku lub zarośnięcia pochwy. W ostatnich czasach praktykowane są dwie  
metody sztucznego utworzenia pochwy. Pierwsza metoda Mori-Baldwina  
polega na wydrążeniu ślepego kanału pomiędzy pęcherzem a odbytnicą aż  
do otrzewnej; następnym aktem jest wycięcie per laparotomiam pętli kiszek  
cienkiej z zachowaniem krezki w odległości 25 cm. od kątnicy. Po zespo-  
leniu kiszek i zamknięciu światła pętli następuje przeciągnięcie pętli przez  
otwór w otrzewnej do wydrążonego kanału, i przysycie środkowej czę-  
ści pętli do skóry sromu. Tym sposobem tworzy się vagina duplex, z któ-  
rej czas dłuższy wydziela się sok kiszkowy w mniejszej, bądź większej  
ilości, zależnie od rodzaju pokarmów.

Druga metoda — Schuberta — polega na wyseparowaniu 9-ciu cm.  
dolnego odcinka odbytnicy, atoli bez uszkodzenia zwieracza, następnie na  
przeprowadzeniu go przez okienko w przegrodzie łącznotkankowej do  
otworu w przedsiönku i przysyciu do skóry po zamknięciu górnego  
odcinka.

Dalsze postępowanie zasadza się na uruchomieniu i ściągnięciu ku  
dołowi coli pelvici, przeprowadzeniu go przez zwieracz i przysyciu do  
skóry odbytu.

Operacja Schuberta jest prostsza i przedstawia mniejsze niebezpie-  
czeństwo dla chorej, niż operacja Moriego. Na pytanie, czy wogóle należy  
wykonywać podobne operacje, L. odpowiada, że należy indywidualizować  
przypadki. Niewątpliwie — istnieją przypadki, w których niemożność spół-  
kowania grozi rozbięciem małżeńskiego pożycia, świadomość kalectwa wpro-  
wadza kobietę w stan ciężkiej depresji i rozpacz.

W tych razach lekarz powinien pomódz chorej, oczywiście narażając  
na jaknajmniejsze niebezpieczeństwo jej życie.

4. *Lorentowicz* przedstawił z okazji torbieli jajnikowych brodawkow-  
atych (cystadenoma ovarii serosum s. papillare carcinomatodes), opero-  
wane przez kol. Łazarowicza.

Obydwa guzy pochodzą od chorej lat 35, przybyłej z Wołynia, z nie

zwykle rozciągniętemi powłokami brzuszniemi. Obwód brzucha wynosił na wysokości pępka 134 cm., odległość pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym a spojeniem łonowem wynosiła 75 cm. Chora nigdy nie rodziła, nie roniła, była zawsze zdrowa. Miesiączkowanie prawidłowe, acz skąpe, i nieco bolesne. Od roku spostrzega szybkie powiększanie się obwodu brzucha.

Po stwierdzeniu znacznej ilości płynu w jamie otrzewnej i obecności guza w małej miednicy, chora poddana została operacji z rozpoznaniem rierpienia jajnika. Po otwarciu zgrubiałej otrzewnej i wypuszczeniu 20 litrów surowiczego zlekką mętnego płynu, przekonano się, że jama brzucha wypełniona jest powyższymi dwoma guzami jajnikowymi, z których lewostronny sięgał górnym odcinkiem do dolnego brzegu łuku żeberowego, dolnym zaś wypełniał całą kieszeń Douglasa. Guz prawego jajnika był mniejszy, dorównywał wielkością głowie dorosłego mężczyzny. Jeden i drugi guz dużym odcinkiem rósł międzywładowo, zwłaszcza lewostronny, który unosił na sobie kreszkę esicy. Liczne zrosty spajały guzy z jelitami cienkimi, nadto widoczne były liczne złoży skrzepniętego włókniaka w postaci skręconych sznurów i tworów gronkowatych białej barwy. Cała powierzchnia kiszek cienkich pokryta była maleńkimi przezroczystymi pęcherzykami wielkości prosa. Nadto tu i owdzie w ścianie kiszek wyczuwały się twardsze guziki wielkości grochu, a nawet orzecha. Powierzchnia prawego guza ma wygląd sadiłowaty i jakby ospowaty. Lewy przypomina zwykłą torbiel wielokomorową, atoli na jednej i drugiej torbieli znajdują się na powierzchni w wielu miejscach wybitne bujania brodawkowate, świadczące o złośliwym charakterze guza. Waga guzów wynosiła 26 f.

Doniesienie późniejsze: waga chorej przed zabiegiem wynosiła 238 f., w dwa tygodnie po zabiegu — 130 f.

5. *Lorentowicz* przedstawił preparat makroskopowy i mikroskopowy polipa dna macicy, pochodzącego od kobiety 60 l., długości 11 cm. i 2 — 3 cm. szerokości.

Chora skarżyła się na umiarkowane krwawienia i plamy krwawe w ciągu ostatnich lat 10. Badanie dwuręczne wykazało znaczne powiększenie macicy oraz obecność malusieńkiego polipa, wielkości grochu. W czasie próby ukręcenia powyższego polipa, branego mylnie za polipa kanału szyi, udało się bez wielkiego trudu całego polipa usunąć prawie bez żadnego krwawienia. Badanie drobnowidzowe wykazało budowę, charakterystyczną dla polipa śluzowego macicy.

6. *Lebensbaum* przedstawił przyrząd do utrzymania wziernika pochwowego w trwałem położeniu.

Przyrząd składa się z czworokątnej płyty metalowej, której brzeg przedni wygięty jest ku dołowi i posiada pośrodku otwór w postaci kanału czworobocznego, idącego ku tyłowi, długości około 1½ cm. Kanał ten służy do wprowadzenia sztabki metalowej, w przednim końcu widełkowato rozdwojonej, długości około 15 cm. Widełkowate to rozdwojenie obejmuje drugą małą sztabkę ruchomą na osi poziomej, z szerokim rozdwojeniem na przodzie, w które wprowadza się rączka wziernika. Obie sztabki opatrzone są w odpowiednie śruby, służące do utrzymania wziernika w żąda-

nem położeniu. Po ułożeniu chorej do odpowiedniego zabiegu, płytę wprowadza się pod miednicę, chora zaś ciężarem swoim unieruchomia przyrząd.

Przyrząd ten niewielki i dający się bardzo łatwo odkażać razem z innymi narzędziami, czyni zbyteczną pomoc przy pomniejszych zabiegach — jak tamponowanie macicy, wyłyżeczkowanie, operacja Emmeta, polipów i t. d., w każdym zaś razie uwalnia rękę, która ma za zadanie utrzymanie wzornika.

7. *Huzarski* przedstawił okaz „missed abortion“. Chora lat 37, urodziła 4 razy i 2 razy poroniła. Od 9 miesięcy nie miała peryodu, z początku miała objawy ciąży, potem brzuch przestał rosnać. Przed miesiącem zaczęła płamić, a potem obficie krwawić. Ostatni raz miał miejsce krwotok przed kilkoma dniami.

Przy badaniu przez pochwę: macica powiększona, jak w końcu 4-go miesiąca ciąży, w szyi macicznej wyczuwają się małe mięśniaki. H. miał wątpliwość, czy ma do czynienia z mięśniakiem macicy, czy też z t. zw. missed abortion. W celu rozstrzygnięcia tej wątpliwości skierował chorą do kliniki, gdzie włożył do macicy, po uprzednim rozszerzeniu kanału szyi rozszerzadłem Hegara, 2 pałeczki blaszkowca. Tego samego wieczora wystąpiły bóle i na drugi dzień H. usunął blaszkowiec i zbadał wewnątrz macicy palcem, przyczem znalazł w szyi całe nietknięte jaje płodowe. Jaje zostało usunięte szczypczykami, przyczem krwawiło z macicy bardzo obficie, wobec czego wytamponowano szczelnie jamę macicy gazą jodoformową. Preparat składa się z płodu czteromiesięcznego w stanie mumifikacji, wody płodowej ani śladu, sznurek pępkowy skręcony wielokrotnie, łożysko duże, twarde, znacznie większe, niż w ciąży 4-miesięcznej, błony płodowe świeże mocno rozrośnięte i stąd widać, że po śmierci płodu łożysko i błony płodowe rozwijały się jeszcze jakiś czas. Stan chorej po operacji dobry; krwawiła jeszcze kilka dni, ale po zastosowaniu ergotyny krwawienie ustało.

8. *Neugebauer* w krótkich słowach zdał sprawę z pracy, nadesłanej mu przez doktora Malinowskiego, asystenta profesora Gruzdewa w Kazaniu, pod tytułem: „W kwestyi leczenia późniejszych okresów ciąży pozamacicznej, dalej się rozwijającej, w związku z kwestyą, dotyczącą losów płodów pozamacicznych, operacyjną drogą żywo urodzonych“ („O sudbie wniematoczno razwiwszychsia żyzniesposobnych dietiej“).

Autor rozpoczyna pracę swoją od zestawienia przypadków wydobywania drogą operacyjną z jamy brzusznej płodów pozamacicznych żywych, zupełnie lub prawie zupełnie donoszonych, opierając się na statystyce Harris'a, Sittner'a i Neugebauera. Do 144 przypadków tych statystyk na przestrzeń czasu od roku 1813 do roku 1906, autor dodaje zebrane przez siebie 14 nowszych przypadków, oraz przypadek, który spostrzegł w klinice Kazańskiej, czyli podaje ogólną liczbę 159 spostrzeżeń. Autor, między innymi, przytacza, że kazuistyka operatorów rosyjskich obejmuje 17 przypadków — pierwszy operował Łazarewicz 1885, później Rein dwukrotnie wydobywał żywy płód pozamaciczny prawie donoszony, Sergijew dwukrotnie, Fiszer dwukrotnie, Perlis dwukrotnie, Strauch, Muratow, Popow, Michin, Ott, Po-



biedzinski, Grudzew — raz. Kazyistyka polska obejmuje przypadki Neugebauera, Rydygiera, Boryssowicza i C. Stankiewicza. W przypadku Neugebauera płód zmarł w 19 godzin po wydobyciu go z jamy brzusznej. Przyczyną śmierci według nekropsyi, dokonanej przez ś. p. profesora Brodowskiego, była atelektasis pulmonum, którą profesor B. przypisywał temu, że matce przez trzy miesiące z rzędu wstrzykiwano aż dwa razy dziennie morfinę dla zmniejszenia bólów. Neugebauer swego czasu ciężarną przedstawiał w Towarzystwie Lekarskiem przed i po operacyi.

Malinowski podaje tablicę, zawierającą dane co do losu dziecka pochodzenia pozamacicznego żywo urodzonego dla 22 przypadków, o których w piśmiennictwie znalazł dane odpowiednie.

Indywidua pochodzenia pozamacicznego liczyły:

1.	Przypadek	Beisonego — 1881 (Pinerdo we Włoszech)	19 i 1/2 lat
2.	"	Snegirjewa — 1900 (Moskwa)	16 "
3.	"	Treuba — 1887 (Leyden)	13 i 3/4 "
4.	"	Reina — 1890 (Kijów)	11 "
5.	"	Price'a — 1892 (Filadelfia)	8 i 1/4 "
6.	"	Urbidina — 1893 (Belgia)	7 i 3/4 "
7.	"	Benckisera — 1899 (Karlsruhe)	7 "
8.	"	Pestalozzy — 1895 (Florecya)	6 "
9.	"	Ludwiga — 1896 (Wiedeń)	5 "
10.	"	Charlesa — 1896 (Liege)?	5 "
11.	"	Potockiego — 1908 (Paryż)	3 i 1/2 "
12.	"	Calderiniego — 1903 (Bologna)	3 "
13.	"	Olshausena — 1903 (Berlin)	3 "
14.	"	Potockiego — 1907 (Paryż)	2 "
15.	"	Perlisa — 1901 (Kijów)	14 miesięcy
16.	"	Landaua — 1906 (Berlin)	okło 1 roku
17.	"	Jerjego — 1905 (Praga)	1 "
18.	"	Landaua — 1906 (Berlin)	1 "
19.	"	Chrobaka — 1903 (Wiedeń)	1 "
20.	"	Perlisa — 1902 (Kijów)	4 miesiące
21.	"	Cradiena — 1900 (New-York)	3 "
22.	"	Handfield-Jonesa — 1900 (Londyn)	3 "

Następnie podaje Malinowski tablicę ogólną na 159 przypadków żywo urodzonych płodów pozamacicznego pochodzenia, gdzie laparotomii u ciężarnej dokonano w 28-ym tygodniu ciąży lub później.

## Los płodów pozamacicznego pochodzenia:

Ile tygodni ciąży trwała	Liczba przypadków	Żyło kilka minut	Żyło kilka godzin	Żyło kilka dni	Żyło kilka tygodni	Żyło kilka miesięcy	Żyło rok i dłużej	Żyje dotychczas	Dalsze losy znane	Dalsze losy nieznanne
28	10	5	3	2	—	—	—	—	—	—
29	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—
30	13	2	5	4	—	1	—	1	—	—
31	2	—	—	1	1	—	—	—	—	—
32	6	2	1	1	—	1	—	1	—	—
33	9	1	1	3	1	2	1	—	—	—
34	5	1	2	1	1	—	—	—	—	—
35	9	2	3	3	—	—	—	—	1	—
36	14	1	2	1	2	5	—	—	1	2
37	8	1	3	3	—	—	—	—	1	—
38	17	—	—	2	1	2	2	6	2	2
39	5	—	1	—	—	1	2	1	—	—
40	50	11	7	1	4	2	2	12	2	9
42—43 dłużej	6 3	1 —	— 2	— —	— —	— 1	— —	3 —	— —	2 —
Razem	159	29	30	22	10	15	7	24	7	15

Z tej tablicy należy wnioskować, że im późniejszy był okres ciąży pozamacicznej, gdy laparotomii dokonano, tem więcej szans miał płód żywo urodzony pozostać przy życiu, czyli, że przyczyna ogromnej śmiertelności płodów żywo urodzonych pozamacicznego pochodzenia leży w tem, że ogromny procent tych płodów jest niedonoszony.

Aby więc zmniejszyć odsetkę śmiertelności takich płodów pozamacicznych żywo rodzonych, wypada — podług Malinowskiego — z laparotomią wyczekiwać o ile można terminu ciąży donoszonej.

Malinowski rozpatruje prawo nieurodzonego dziecięcia do życia. W żądaniu tem tkwi kwintesencja starannej pracy autora.

Dalej rozpatruje Malinowski stanowisko praktyków względem tej kwestyi, rozróżniając dwa obozy. Jeden obóz z Werthem na czele, upatrując w każdej ciąży pozamacicznej w jakimkolwiek okresie tejsze bezwarunkowe wskazanie do interwencji operacyjnej, stanowczo sprzeciwia się wyczekiwaniu do okresu dojrzałości płodu, drugi obóz stawia inne postulaty. Ma się rozumieć, że może tu chodzić tylko o te przypadki, gdzie ciąża pozamaciczna z żywym jeszcze płodem dotarła już drugiej połowy, wyłączone są więc eo ipso wszelkie przypadki abortus tubarii, rupturae tubae gravidae etc., wszelkie przypadki, w których natychmiastowa operacja w każdym okresie ciąży jest wskazana.

Ponieważ Neugebauer nigdzie nie znalazł tak wyczerpującego rozpatrzenia poruszonej przez Malinowskiego kwestyi, jak właśnie w jego niniejszej pracy, przytacza z niej kilka zdań różnych operatorów. I tak — Dourend wyraził formułę: do 5-go miesiąca operuj, po 5-ym — wyczekuj. Borenstein żąda czekania z operacją, dopóki płód będzie miał więcej szans do życia po urodzeniu. Tak samo Goullioud. Bertozzoli chce czekać do końca fizyologicznego ciąży, o ile już ciąża z żywym płodem przekroczyła piąty miesiąc, i o ile nie zachodzi jakiegokolwiek wskazanie w interesie bezpieczeństwa matki dla natychmiastowej interwencji. Takie samo stanowisko zajmuje Calderini. Taylor również radzi wyczekiwać, i to tem bardziej, jeśli chodzi o śródwładłową postać ciąży pozamacicznej. Cannaday również chce wyczekiwać, o ile zastrzeżona jest natychmiastowa pomoc operacyjna w razie zajścia casus urgens.

Nagel przy płodzie żywym 7—8 miesięcznym radzi wyczekiwać, przy płodzie zaś 5 lub 6 miesięcznym nie czekać, a operować.

Second, Pinard, Moebius, Harris, Fraenkel, Werder, Moldus etc. żądają wyczekiwania, o ile ciąża już przekroczyła drugą połowę. Kouwer nawet w pierwszej połowie ciąży żąda wyczekiwania, o ile nie zajdzie wskazanie do natychmiastowej operacji z powodu jakiegokolwiek powikłania, groźnego dla życia ciężarnej.

Wprost przeciwne stanowisko zajmuje drugi obóz z Werthem, Olshausenem na czele. Haagen wyraża swoje stanowisko formułą: W każdym przypadku rozpoznanej ciąży pozamacicznej jest wskazana natychmiastowa operacja. Werth poprostu pisze: „Das Zuwarten ist ein unerlaubtes Spiel mit dem Leben der Patientin!“ Takie samo stanowisko zajmują Kroenig, Doederlein, Schauta, Schroeder, Bumm, Malcolm, Keller, Sarwey, Peham, Pruessmann, Lockyer, Boije, Seeligmann, żądając natychmiastowej operacji w każdym przypadku rozpoznania ciąży pozamacicznej bez względu na jej okres, i na to, czy płód żyje lub nie.

BR. SZYBOWSKI.

*Posiedzenie dnia 25 kwietnia 1913 r.*

I. *Endelman* przedstawił okaz dużego ropnia jajnikowego, powstałego po rozszerzeniu szyi macicznej, i usuniętego za pomocą cięcia brzuszego.

D. 7 lutego r. b. zwróciła się do E. 28-letnia pacjentka, C. H. z Łodzi,

od 4 lat zamężna. Czula się zawsze zdrową, peryody miewała regularnie co 4 tygodnie, niezbyt obfite. Przed 10 tygodniami poddała się we Wrocławiu operacyi rozszerzenia szyi macicznej z powodu bezpłodności. 10-go dnia po operacyi poczuła bóle w dolnej części brzucha, na które początkowo nie zwróciła uwagi i, pomimo protestu operatora, powróciła do Łodzi. W dwa tygodnie po operacyi wystąpiły dreszcze, powtarzające się w nieprawidłowych odstępach czasu — co dzień, lub co dni kilka — i trwające od 1/2 do 1 godziny. Ciężota wahała się pomiędzy 38° — 40°. Peryody po operacyi zjawiały się co 4 tygodnie; ostatni peryod przed 4 dniami był bardzo bolesny, choć niezbyt obfity.

E. znalazł macicę znacznie powiększoną w sinistrowersyi, obok zaś macicy — na stronie prawej — okrągły, chęlbocący guz, wielkości z pięści, nieruchomy, ściśle przylegający do macicy. Pacjentka była umieszczona w zakładzie, gdzie poddana została obserwacyi. W zakładzie dreszczów nie miała, ciężota ciała jednak stale trzymała się wysokich liczb, dochodząc często do 40°. Wobec tego E. przystąpił do operacyi 26 marca r. b.

Po przecięciu powłok brzusznych okazało się, że sieć zrosnięta była z otrzewną ścienną i guzem. Po oddzieleniu sieci, E. przekonał się, że guz znajdował się w tak mocnych zrostach z jelitami, że wydobyć jego połączone było z ogromnemi trudnościami. Przy oddzielaniu zrostów zauważono uszkodzenia kiszki w 2 miejscach (S. Romanum i coecum), które natychmiast zeszyto strunowym ciągłym szwem. Podczas operacyi guz pękł, i wydzieliła się z niego w dużej ilości cuchnąca, zielonkawa ropa. Guz okazał się ropniem prawego jajnika; prawy jajowód posiadał grubość dużego palca, a brzuszny jego koniec zrosnięty był z guzem. Jajowód wraz z ropniem jajnikowym został usunięty. Do jamy brzusznej włożono 4 paski gazy jodoformowej i wyprowadzono je nazewnątrz przez dolny odcinek rany. Operacya trwała 3 godziny. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy. Przed kilku dniami chora wypisała się z nieznaczną przetoką ropną, która — prawdopodobnie — zamknie się wkrótce.

Przypadek powyższy dowodzi, że nawet tak mały zabieg, jak rozszerzenie szyi macicznej, sprowadzić może poważne następstwa. Niewątpliwie, pacjentka została zakażona podczas operacyi wrocławskiej; zakażenie z macicy przeszło na jajowód, z jajowodu zaś — na jajnik. Przypuszczenie, iż w danym przypadku mieliśmy do czynienia ze zropiałą torbielą jajnika, wydaje się mało prawdopodobne z tego względu, że pacjentka kilkakrotnie badana była przez wybitnych ginekologów łódzkich i wrocławskich, którzy po za zwężeniem kanału szyi macicznej żadnych zmian chorobowych w narządach rodnych nie stwierdzali.

2. *Stankiewicz Czesław* przedstawił pacjentkę, u której przed dwoma laty dokonał operacyi Wertheima z powodu daleko posuniętego raka macicy. Następnie Stankiewicz przedstawił kilka okazów po operacyach, dokonanych metodą Wertheima, oraz przyrząd do zahaczenia serwet podczas operacyi w jamie brzusznej. Przyrząd ten różni się od pokazywanego poprzednio przez S. przyrządu tem, że zahaczenie pętelek dokonywa się nadzwyczaj szybko.



W dyskusyi zabrał głos Szybowski.

3. *Neugebauer* przedstawił płód wraz z łożyskiem i błonami z przypadku missed labour.

Oldham i Clinxton w roku 1847 wprowadzili nazwę missed labour dla oznaczenia zatrzymania w macicy płodu donoszonego, lub prawie donoszonego obumarłego, podczas gdy Duncan wprowadził nazwę missed abortion dla oznaczenia zatrzymania w macicy płodu, we wcześniejszym okresie ciąży obumarłego. O ile zatrzymanie płodu wewnątrz ustroju ciężarnej jest pospolitem zjawiskiem w ciąży pozamacicznej, tam gdzie płód nie zostaje operacyjnie usunięty, o tyle w ciąży macicznej missed labour jest zjawiskiem rzadkiem. *Neugebauer* w roku 1897 zestawił obfitą kazuistykę przypadków missed abortion oraz missed labour w dziełku: *Die Fremdkoerper des Uterus, Zusammenstellung von 530 Beobachtungen aus der Literatur und Praxis*. Berlin, Verlag von S. Karger. Zestawił tam 180 przypadków missed labour oraz 250 spostrzeżeń missed abortion. O ile ośmiście kilka razy napotykał w praktyce missed abortion, o tyle po raz pierwszy obecnie w praktyce swojej miał do czynienia z zatrzymaniem w macicy płodu obumarłego prawie donoszonego.

Najdłuższe zatrzymanie, bo aż przez lat 52, opisał *Jawrence*, który znalazł na sekcyi w macicy lithopaedion.

W pierwszych dniach kwietnia r. b. zgłosiła się do *Neugebauera* pacjentka lat 46, zamężna od lat 28, która pomyślnie na czasie urodziła 14-ro dzieci, z nich ośmioro żyje. Porody i połogi były zawsze prawidłowe. Pacjentka raz jeden tylko zasięgała porady lekarzy, mianowicie raz radziła się ś. p. profesora *Ludwika Neugebauera* z powodu niemożności karmienia pierwszego dziecka wobec zniekształcenia brodawek. Obecnie miała ostatni peryod dnia 15 maja 1912 r. i spodziewała się porodu około 24 lutego r. b. Dnia 15 lutego wystąpiły bóle porodowe. Po upływie 2 godzin jednak bóle ustały zupełnie i od owej chwili pacjentka przestała czuć ruchy dziecka.

Ponieważ minął luty i marzec, a poród nie nastąpił, chora zasięgnęła wtedy rady kolegi *Rodego*, który skierował chorą do Warszawy, mając pewne wątpliwości co do rozpoznania, czy nie chodzi czasem o ciążę pozamaciczną. Trudności rozpoznawcze polegały na nadmiernej otyłości pacjentki i na bardzo wielkiej obwisłości brzucha.

*Neugebauer* badał pacjentkę w pozycyi leżącej i w pozycyi stojącej. Wobec nadmiernej obwisłości brzucha szyja macicy była tak uniesiona ku górze, że z wielką tylko trudnością udało się palcem dosięgnąć szyi macicznej. Otwór szyi przepuszczał koniec palca swobodnie. Wargi maciczne okazały się miękkie, rozpułchnione jak w ciąży macicznej, daremnie jednak palec usiłował wymacać przez sklepienie przednie pochwy jakąkolwiek część przodującą płodu. *Livido vaginae* etc. wskazywały na ciążę.

Dodać wypada, że istniała olbrzymia ewentracja kiszek do przepukliny pępkowej, zresztą — łatwo do jamy brzusznej odprowadzalnych. Gdy chora leży na wznak, udaje się po odprowadzeniu przepukliny wdążyć do wrot jej czterema palcami jednej ręki w klin złożonymi. Wtedy to wyma-

cuje się powyżej pępka jakby szczyt kulistego dużego guza o ścianie twardej, równomiernie wypukłej. Największy obwód brzucha wynosił aż 142 centymetry, powyżej pępka 133. Neugebauer przyszedł do wniosku, że chodzi o missed labour, a nie o ciążę pozamaciczną, ponieważ szyja macicy przepuszczała palce, ponieważ pacjentka poprzednio urodziła już 14 dzieci pomyślnie, a dalej dla tego, że w wywiadach nic nie wskazywało na ciążę pozamaciczną, nigdy nie było bólów, doczesna z macicy nie wydzieliła się etc. Tegoż dnia N. pojechał z pacjentką do kolegi Judta z prośbą o rentgenowskie prześwietlenie pacjentki. Dr. Judt z góry oświadczył, że wątpi, aby w danym przypadku Röntgen cokolwiek mógł ujawnić wobec nadmiernej otyłości pacjentki, zrobił jednak dwa zdjęcia fotograficzne — jedno przy położeniu na wznak, drugie przy położeniu na bok. Niestety, sprawdziły się słowa jego, fotogram nic nie ujawnił, ani śladu płodu nie było widać na płytach.

Neugebauer zaprosił na naradę, na życzenie pacjentki, kolegę Czesława Stankiewicza i Ciechomskiego, którzy przyszli do analogicznego wniosku. Pacjentka opowiedziała, że od czasu do czasu macica kurczy się, czasami nawet po kilka razy z rzędu. Na konsultacji u Neugebauera, po zbadaaniu chorej, wystąpił bardzo energiczny skurcz macicy, wtedy przylegała ona do przedniej ściany brzusznej i można było wymacać swobodnie dno macicy, pochylonej ku stronie lewej.

Wobe tego, że wody płodowe nie odeszły, postanowiono czekać. Chora zapisała się do oddziału ginekologicznego Szpitala Ewangelickiego dnia 5 kwietnia. Ciepłota pierwsze 8 dni była wieczorem 37,2—37,4, raz jeden 37,6 — zrana zwykle 36,8, lub 36,6° C. Samopoczucie stale dobre, bez śladu dreszczów, niedomogi jakiegokolwiek etc. Ponieważ d. 15 lutego miały miejsce bóle porodowe, a obecnie liczyliśmy już 12 kwietnia, okres zatrzymania martwego płodu w macicy wynosił już dni 56. Od czasu do czasu zdradzały się skurcze macicy. Dnia 13 kwietnia, o godzinie 6 i pół znaleziono: pęcherz płodowy pękł, część wód odeszła w bardzo obfitej ilości; otwór rozarty na blisko 5-kopiejkówkę przy położeniu pośladowem. Neugebauer wstrzyknął dwie dawki pituitryny. Bóle wzmogły się bardzo szybko i energicznie. Pierwszą dawkę dano o godz. 7-iej, drugą o godz. 8-iej. O godz. 8-iej m. 45 poród został ukończony przy pomocy wydobycia za nóżkę. Wydobycie nie przedstawiało żadnych trudności, po wyjęciu płodu wylała się w obfitej ilości woda płodowa brudnawa brunatna. Łożysko po kilku minutach wraz z workiem płodowym wyciśnięto z macicy. Dano ergotynę pod skórę, na brzuchu ułożono worek ze śrutem. Podczas całego porodu ani kropli krwi nie wyszło z części rodnych. Prawdopodobnie łożysko było już dawno odklejone i wraz z płodem leżało, jako ciało obce w macicy. Przebieg pogoju był bardzo gładki.

Płód — tak zwany foetus sanguinolentus podług nazwy utartej — ważył 1730 gramów przy długości 40 cent.; łożysko ważyło 204 gramy. Wielkość więc płodu zarówno jak i waga łożyska nie odpowiadały płodowi zupełnie donoszonemu. Pomimo to sądzić wypada, że łożysko miało tak małą wagę z powodu zmian wstecznych, cirrhosis placentae secundaria, wobec

obliteracji naczyń, białych infarktów, licznych na obwodzie łożyska. (Badania drobnowidzowego dokonał łaskawie Dr. Kuligowski). Grubość łożyska wynosiła nie więcej nad grubość wskaziciela, było ono spłaszczone przez ucisk, twarde jak podeszwa. Jako przyczynę śmierci płodu ujawniono skręt pępowiny taki, że krążenie krwi w niej musiało ustać. Neugebauer przytacza podobne spostrzeżenie Kuestnera, który wyliczył aż 168 skrętów pępowiny, Schauty, który stwierdził aż 380 skrętów. Neugebauer już dawniej na posiedzeniu pokazywał preparat missed abortion, w którym płód również obumarł wskutek skręcenia się pępowiny. Płód zdradzał trzeci okres maceracyi. Naskórek był starty wskutek wytworzenia się pęcherzyków, w następstwie pękających, corium obnażone barwy miedzianej wskutek przesiąknięcia hemoglobina, wydzieloną z ciałek krwi na drodze hemolizy etc. Stawy były zwiotczałe, czaszka zmiękła tak, że pojedyncze kości przesuwaly się obok siebie. Wobec tego, że na szczęście wody nie odeszły i powietrze nie miało dostępu, nie przyszło do gnicia płodu, które łatwo mogłoby narazić ciężarną na zakażenie. Neugebauer demonstrował płód z łożyskiem i błonami oraz rysunek, który zrobił zaraz po porodzie w kolorach, aby uwydatnić charakterystyczne zabarwienie samego płodu, łożyska, błon etc. Łożysko miało tylko 10 cm. średnicy i było kształtu okrągłego, nie wiele większe od powierzchni dłoni męskiej.

Neugebauer wkrótce wspomina o rokowaniu w missed labour, zawsze poważnem, o przyczynach przypuszczalnych missed labour, o losie płodu (maceracya, zgnicie, rozpad, mumifikacya, petryfikacya etc.), o wyropieniu pojedynczych kości przez kiszki, pęcherz moczowy, ścianę brzuszną, o zatrzymaniu w macicy pojedynczych kości, o wbiciu się ich na drodze eliminacyi do ściany cervicis, do pęcherza etc. Dalej wspomina o rokowaniu. Zwykle 2 lub 3 tygodnie po obumarcu płodu natura sama wypędza to ciało obce z macicy. Czasami zdaje się, że poród następuje jakby pod wpływem pierwszego lub drugiego przekrwienia miesięcznego (Schaeffer, Fraenkel) — w danym przypadku taki związek zdaje się być bardzo możliwy. W innych przypadkach wypada sztucznie płód wydobyć, przy czem wypada z konieczności unikać powstania jakiegokolwiek rany w drogach porodowych, powiększającej niebezpieczeństwo przez ułatwienie zakażenia. Gdy istnieje już zakażenie, często kobieta życiem je przyplaca wskutek następczego zapalenia otrzewnej lub ropnicy. Gdy wystąpiła gorączka przygniłym płodzie, większość położników jest za natychmiastowem opróżnieniem macicy, a nawet i następczem wycięciem całej macicy, w innych przypadkach ograniczono się na cięciu cesarskiem pochwowem. Gdy nastąpiło zropienie płodu, rokowanie zawsze jest bardzo poważne i wątpliwe.

W danym przypadku waga płodu wynosiła tylko 1730 gramów, podczas gdy przeciętna waga donoszonego płodu wynosi około 3500 gramów, długość przeciętna od 48 do 54 centymetrów, w danym przypadku tylko 40 cm. Możnaby więc sądzić, że płód nie był donoszony pomimo, że ciężarna sama obliczyła termin porodu na 22 lutego. Mała waga płodu mogłaby być tłumaczona maceracyą jego, również mała waga łożyska — zmia-

nami wstecznymi w łożysku, pozostaje jednak długość 40 cm., jak na donoszony płód nie odpowiadająca normie 50 cm. Lecz czyż każdy płód donoszony dochodzi do tej normy? Neugebauer w danym przypadku nie jest w stanie zdecydować, czy płód obumarł donoszony, czy też niedonoszony. Bądź co bądź nie należy lekceważyć słów chorej, która kategorycznie oświadczyła, iż 15 lutego odrazu przestała czuć ruchy, gdyż jako osoba inteligentna i będąca po raz 15 w ciąży mogła doskonale zdawać sobie sprawę ze swego stanu. W takim razie płód byłby donoszony, w przeciwnym razie musiała ciężarna nosić martwy płód znacznie dłużej, niż od 15 lutego do 13 kwietnia, czyli blisko dwa miesiące.

4. *Drozdowicz* przedstawił rentgenogramy płodów ciąży prawidłowej i zewnątrzmacicznej, wykonane u chorych, skierowanych doń przez kol. Lorentowicza i Fr. Kijewskiego. Ponieważ wapnienie szkieletu płodu rozpoczyna się dopiero w 7-ym tygodniu — rentgenogramy zatem wartościowe pod względem diagnostycznym można otrzymywać nie wcześniej, niż w trzecim miesiącu ciąży. Od tego jednak terminu obecny stan rentgenografii pozwala w każdym wątpliwym co do obecności ciąży przypadku dawać odpowiedź rozstrzygającą. Prześwietlenia rozpoznawcze zupełnie nie są szkodliwe ani dla matki, ani dla dziecka.

W dyskusyi zabierali głos Neugebauer i Antecki.

BR. SZYBOWSKI.

#### *Posiedzenie dnia 30 maja 1913 r.*

1. *Neugebauer* przedstawił okaz pooperacyjny z dziedziny ciąży pozamacicznej o pewnych osobliwościach. Chora Br. K., lat 33, zamężna bezdzietnie od lat czterech, w grudniu 1912 r. poddała się wyskrobaniu macicy przez Dr. Chełmińskiego, jakoby w celu ułatwienia poczęcia.

Peryody były zawsze regularne, niebolesne, po kilka dni trwające. Ostatni peryod skończył się dnia 15-go lutego 1913 r. Po 6-tygodniowym zatrzymaniu peryodu chora w następstwie kilka razy krwawiła cokolwiek, znaczniejszego jednak krwawienia, zapaści, omdlewań etc. nigdy nie miała. Pierwsze krwawienie wystąpiło 1 kwietnia. Ostatnio chora przeleżała trzy tygodnie w szpitalu w Siedlcach pod opieką Dr. Wiśniewskiego, który rozpoznał ciążę pozamaciczną.

Przy badaniu chorej zarówno w pozycji stojącej, jak i położeniu poziomem, przednia ściana brzuszna wypukła się widocznie na zewnątrz przez twór, odpowiadający wielkością i konfiguracją macicy, wielkości przeszło pięści, niespełna od czterech miesięcy ciężarnej. Przez pochwę wymacuje się krwiak zamaciczny wielkich rozmiarów, który unosi macicę ku górze oraz odpycha ją ku przodowi. Z macicy sączy się cokolwiek krwi. Część pochwowa uniesiona tak wysoko ku górze, że palec tylko z trudem dochodzi do niej. Oddawanie moczu bardzo utrudnione, tak samo i wprowadzenie cewnika do pęcherza moczowego. Siara w sutkach, siność śluzówki pochwowej. Wywiady bardzo nieobfite, ani od męża chorej, ani od niej



samej nie sposób zebrać dokładnych wywiadów. Bólów chora wcale nie ma, narzeka jedynie na utrudnione oddanie moczu.

Chora przybyła z ciepłotą 37,8° C. i taką samą ciepłotę wykazywała pierwsze cztery dni pobytu w szpitalu. Wobec wyniku badania dwuręcznego Neugebauer rozpoznał ciążę pozamaciczną prawostronną, oraz równoczesną ciążę maciczną izochronicznego poczęcia. Dnia 27 maja N. dokonał cięcia brzucha przy asystencji Dr. Janczewskiego i Dr. Rydzikowskiego. Po otwarciu jamy brzusznej wolnej krwi w niej nie znaleziono, lecz omentum ciemnożółte zdradzało, że wylew poprzednio niezawodnie istniał. Po zaopatrzeniu brzegów cięcia brzusznego i osłonięciu serwetami górnej połowy jamy brzusznej, wyłoniono macicę na zewnątrz, aby udostępnić pole operacyjne. Macica przedstawiała się, jak ciężarna od przeszło trzech miesięcy, miękka o rozszerzonych tu i owdzie żyłach. W jednym miejscu widać było dwa małe włókniaki podsurowicze. Lewe przydatki prawidłowe. W położeniu Trendelenburga widać było prawy wiąz obły napięty, wpoprzek miednicy przebiegający, prawy jajowód przebiegał pionowo ku dołowi i ginął w głębi miednicy w krwaku zamacicznym. Prawego jajnika nie było widać.

Po przewiązaniu i przecięciu jajowodu w pewnym odstępnie od macicy oraz więzów lejkowomiedniczego, wsunięto dłoń pod guz, aby go wyłonić z zatoki Douglasa. Przy tej manipulacji guz pękł, wylała się woda płodowa i wyskoczyła główka płodu około 13 tygodniowego. Wydobyto jajowód, w którego części ampularnej usadowione było łożysko, wśród krwisteku zakopany był jajnik prawy. Prawe przydatki usunięto, a potem usunięto, o ile się udało, płaszcz haematocelis peritubariae. Podwiązki nałożono zaledwie kilka. Ponieważ po odklejeniu krwaka od tylnej ściany macicy tu i owdzie krwawiło kroplami, żegadłem Paquelina przypalono te miejsca. Sączenie się krwi z tych miejsc — które nieraz stały się źródłem pooperacyjnego krwaka zamacicznego — ustało zupełnie. Ranę prawego więzów szerokiego zamknięto doszczętnie, perytonizując ją ciągłym szwem. Po rewizji jamy brzusznej — jajowód lewy drożny, jajnik prawidłowy — zaszyto ranę brzuszną zwykłym sposobem. Strunowy szew ciągły na otrzewną, strunowy ciągły na powięź, kilka szwów jedwabnych przez powłoki skórne aż do powięzi sięgających, klamerki. Po nałożeniu klamerki jodyna, następnie na wałku zawiązano szwy jedwabne.

Wieczorem po operacji nadesłał Neugebauerowi Dr. Wiśniewski, do którego N. był pisał zaraz po przybyciu chorej z prośbą o udzielenie informacji co do przebiegu choroby podczas pobytu pacjentki w szpitalu Siedleckim, słoik, zawierający błonę doczesną, która dwa tygodnie temu wydzielila się sponte ex utero. Wobec tego faktu upadło podejrzenie co do równoczesnej ciąży macicznej, chyba, że macica zawiera dwie jamy (Uterus bilocularis). Najprawdopodobniej macica była tak powiększona wskutek obecności włókniaka śródściennego. Gdyby N. był otrzymał ową błonę doczesną rano przed operacją, byłby albo wyluszczył włókniak maciczny, albo też amputował macicę. Dziwnym zbiegiem okoliczności wielkość ma-

cicy odpowiadała zupełnie terminowi ciąży ektopicznej około 13—14 tygodniowej.

Płód pozamaciczny wyglądał dosyć świeżo i prawdopodobnie zaledwie kilka godzin przed operacją zmarł.

Rozpoznanie więc pooperacyjne brzmi: Graviditas tubaria dextra, fibromyoma uteri. Na tak zwane powiększenie macicy konsensualne, jakie zwykle idzie ręką w rękę z ciążą pozamaciczną, macica w danym przypadku stanowczo była za wielka.

Zanotować wypada okoliczność, że chodzi o osobę dotąd bezdzietnie zamężną, że ciąża pozamaciczna nastąpiła po wyskrobananiu macicy, w celu umożliwienia poczęcia dokonaniem, i o koincydencję z włóknakiem macicy dosyć dużym. Był to przypadek 131 ciąży pozamacicznej, operowanej w oddziale ginekologicznym szpitala Ewangelickiego w przeciągu lat 20.

2. *Enaelman Z.* przedstawił przypadek pęknięcia blizny macicznej po cięciu cesarskiem.

W lipcu 1907 r. przybyła do zakładu Endelmana 39-letnia T. B. z Pińska, będąca w ostatnim miesiącu ciąży. Z wywiadów E. dowiedział się, że w 10-ym roku życia przeszła krup, a w 16-ym tyfus brzuszny. Miesiączkuje od 15-go roku życia. Peryody zjawiały się co 4 tygodnie, trwały 3—4 dni, przebiegały bez bólów i były dość obfite. Obecna ciąża jest powikłana gorączką, kaszlem, krwiopluciem.

Badanie płuc wykazało zmiany wierzchołkowe gruźliczego pochodzenia. W sercu — nic nieprawidłowego. Mocz — bez białka i cukru. Zewnętrzne narządy płciowe — prawidłowe. Pochwa — wązka, z trudnością przepuszczała dwa palce; w pochwie stwierdza się zupełny brak części pochwowej; nawet ujścia macicznego wyczuć palcem nie można. Miało się przed sobą obraz, jak po całkowitem wyluszczeniu macicy. Po wprowadzeniu luster — z trudnością E. odnalazł w sklepieniu pochwy maleńki otworek wielkości łebka od szpilki, przez który przechodził cienki (oczny) zgłęknik. Przez sklepienie pochwy wyczuwała się balotująca główka płodu. Po zbadaniu rodzącej jasne było, że poród na drodze naturalnej odbyć się nie może. Wobec tego E. poradził pacjentce poddać się cięciu cesarskiemu, mając zamiar, w razie, gdyby szyja maciczna pod wpływem bólów porodowych nie rozszerzyła się, po dokonaniu cięcia cesarskiego, amputować macicę z obawy na możliwość utrudnionego wydzielania się odchodów połogowych. Po wysłuchaniu decyzji pacjentka wyszła z zakładu „na spacer“ i więcej nie wróciła.

Po pewnym czasie E. dowiedział się, że znajduje się ona pod opieką D-ra A. Winawera w Warszawskim Zakładzie Ginekologicznym. D. 8 sierpnia 1907 r. dostała ona bólów porodowych. Wtedy Dr. Winawer starał się rozszerzyć szyję maciczną rozszerzadłami. Podczas rozszerzania zaczęła chora krwawić. Nazajutrz odeszły wody. Po 48 godzinnej pracy porodowej, z powodu nierozwierania się szyi macicznej, dokonał Dr. W. klasycznego cięcia cesarskiego. Macica była przecięta podłużnie i zeszyta dwuwarstwowym szwem strunowym. Dziecko urodziło się w stanie pozornej śmierci, z której zostało ocuczone, lecz po 4 godzinach zmarło. Nazajutrz zauważono

zupełny brak odchodów połogowych. Dr. W. zmuszony był rozszerzyć szyję maciczną przez pochwę za pomocą rozszerzadeł, aby stworzyć ujście dla odchodów połogowych. To samo trzeba było powtarzać w ciągu następnych 5 dni. Przebieg pooperacyjny powikłany był gorączką, która trwała podczas całego 6-tygodniowego pobytu pacjentki w zakładzie. Rana skórna goiła się per secundum. Po opuszczeniu zakładu pacjentka gorączkowała jeszcze 4 miesiące, prawdopodobnie z powodu zmian gruźliczych w płucach. W rok po cięciu cesarskiem u chorej stwierdzono moczówkę cukrową. W obawie przed ponownym zejściem w ciążę, pacjentka w ciągu 5 lat unikała stosunków płciowych. Po tym czasie, sądząc, że ze względu na podeszły wiek coitus nie pociągnie za sobą zwykłych następstw, zaszła powtórnie w ciążę.

Ostatni peryod miała 28 sierpnia 1912 r. Ciąża przebiegała zupełnie prawidłowo. Tym razem gorączki nie było. W moczu cukru, ani białka przy wielokrotnych badaniach nie znajdowano.

Do Warszawy przybyła w początkach maja 1913 r. Tu zwróciła się znów do Dra Winawera, który z powodu wyjazdu prosił Endelmana o zapiekanie się pacjentką. Po raz pierwszy E. zbadał chorą 5 maja 1913 r.

Badanie zewnętrzne wykazało: Dno macicy — na środku pomiędzy pępkiem i wyrostkiem mieczykowatym. Nad wejściem do miednicy wyczuwa się główka płodu; po stronie lewej — plecy, po prawej — drobne części. Tony serca płodu — po stronie lewej, 140 na minutę. Na skórze brzucha widać podłużną bliznę długości około 10 cm.: obydwie końce blizny znajdują się prawie na jednakowej odległości od pępka. Blizna w 2-ch miejscach wykazuje przepuklinę. Podczas obmacywania przedniej powierzchni macicy przez przepuklinę brzuszną wyczuwa się w odległości 3 cm. poniżej dna wgłębienie i ścięczenie ściany macicznej na niewielkiej przestrzeni; tłomaczy się to gojeniem się rany macicznej per secundam.

Wynik badania wewnętrznego był prawie ten sam, co i w pierwszej ciąży, a więc — zupełny brak części pochwowej; otworek w sklepieniu przedstawiał się w kształcie małej poprzecznej szparki.

Ze względu na powikłanie pierwszego cięcia cesarskiego gorączką i na możliwość gojenia się nie tylko rany brzusznej, lecz i macicznej per secundam, co mogło mieć w następstwie pęknięcie macicy podczas ciąży, wzgl. podczas porodu, E. zaproponował pacjentce wykonanie cięcia cesarskiego jeszcze przed rozpoczęciem się bólów porodowych. Pacjentka jednak nie zgodziła się na to. D. 22 maja 1913 r. przybyła do zakładu i oznajmiła, że przed godziną rozpoczęły się u niej słabe bóle porodowe, powtarzające się co 10—15 minut. W przerwach pomiędzy skurczami macicy rodząca skarżyła się na stały ból, który umiejscawiała w pewnym miejscu na przedniej powierzchni macicy na 4 palce powyżej pępka. Stan ogólny pacjentki — dobry, T. — 80, C. — 36,7°.

W 2 godziny po przybyciu rodzącej do zakładu E. przystąpił do cięcia cesarskiego. Cięcie powłok brzusznych poprowadził równolegle do poprzedniej blizny. Po otwarciu jamy brzusznej E. zauważył w niej płynną

i skrzeplą krew w niedużej ilości. Po oddzieleniu sieci, zrosniętej na znacznej przestrzeni ze ścianą brzuszna, E. stwierdził na przedniej ścianie macicy, na 2 cm. poniżej dna — otwór o średnicy 3 cm., przez który widoczne były błony płodowe. Otwór ten E. powiększył ku dołowi nożyczkami i, po przerwaniu błon, wydobyl z macicy płód płci żeńskiej w lekkiej zamartwicy, z której został on prędko ocucony. Łożysko, znajdujące się na tylnej powierzchni macicy, zostało ręcznie oddzielone i, po włożeniu serwety do macicy, uwolniono macicę z licznych zrostów z siecią. Następnie E. wykonał nadpochwowe odcięcie macicy i, po zeszytciu szyi pojedynczymi szwami strunowymi, całą ranę peritonizował. Na zakończenie wycięto bliźnię po poprzednim cięciu cesarskim, i zeszyto powłoki brzuszne trzywarstwowym szwem. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy. Pacjentka po 3-ch tygodniach wyjechała do Pińska.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę z tego względu, że poucza, z jaką łatwością nawet przy stałych bólach porodowych pęknąć może bliźna po cięciu cesarskim, zwłaszcza w tych razach, kiedy rana maciczna goi się *per secundam*. Na szczęście u tej pacjentki E. wykonał operację w takiej chwili, kiedy pęknięcie zajmowało niedużą przestrzeń i do wydostania się płodu do jamy brzusznej ze zwykłemi w tych razach następstwami nie doszło.

3. *Huzarski* odczytał rzecz pod tytułem „Missed labour i missed abortion“.

Na początku swej pracy H. przytacza określenie *missed labour*, podane przez Oldhama i Clinxtona, jakoteż określenie *missed abortion*, podane przez Duncana. Następnie przytacza pogląd Fraenkela, który za charakterystyczny objaw dla *missed labour* uważa zamarcie płodu, dla *missed abortion* zaś — zatrzymanie całego zamartłego jaja płodowego. Potem H. przytacza okoliczności, wśród których przy prawidłowej jamie macicy napotymano *missed labour*. Co się tyczy przyczyny powstawania *missed labour*, to H. przytacza pogląd Fraenkela. F., zastanawiając się nad przyczyną wystąpienia bólów porodowych, nad warunkami, w jakich one mogą czasowo lub na stałe ustać, jakoteż nad powodem ponownego wystąpienia tychże po długiej pauzie, dochodzi do wniosku, że za przyczynę powstawania porodu należy uważać dostateczne wygładzenie szyi jednocześnie z dostatecznym rozrostem zawartości macicznej, czyli dojrzałość płodu; następnie, że wszystkie okoliczności, sprawiające wzmożony opór w dolnym odcinku macicy przy jednoczesnem zmniejszeniu siły wydalającej górnego odcinka, mogą prowadzić do *missed labour*; w końcu co do przyczyny ponownego wystąpienia bólów — powołuje się na t. zw. „teorię obcego ciała“, jakoteż na t. zw. kongestję miesięczkową. Przyczyna zamierania płodu w normalnym terminie jest dotychczas mało wyjaśniona.

Kliniczny obraz tego zamarcia robi wrażenie wyraźnego zatrucia, prowadzącego ostatecznie do uduszenia płodu. Co się tyczy przyczyny powstawania *missed abortion*, to H. przytacza pogląd Schoeffera. W myśl tego poglądu, przy *missed abortion*, jak przy *missed labour* ucisk na ujście wewnętrzne, wzgl. na zwoje okołoszyjowe, wywołuje naprzd ból w ciąży,



a następnie bóle na otwarcie, a ucisk ten występuje tem później, im bardziej stopniowo postępuje kurczenie się jaja, szczególnie przy zachorowaniu jaja i śmierci płodu w pierwszej połowie ciąży, jakoteż im powolniej następuje wessanie wody płodowej. W końcu jaje płodowe, jak przy missed labour, leży oddzielone w macicy jako ciało obce, zostaje jednak wydalone dopiero na skutek podrażnienia przez przyływ krwi znów pojawiającej się miesiączki. Dalej H. opisuje objawy i przebieg przy missed labour i przy missed abortion; potem przechodzi do rozpoznania, przyczem zwraca uwagę, że powinno ono opierać się nie na objawach, lecz na wynikach bardzo dokładnego skombinowanego badania, które należy powtarzać w dłuższych przestankach. Następnie H. opisuje rokowanie, przyczem zwraca uwagę na gwałtowne niebezpieczeństwo dla życia, mogące powstać przez nagłe krwotoki, poprzedzające wydalenie jaja, lub też towarzyszące temuż przy missed abortion. W końcu H. opisuje bardzo szczegółowo metody postępowania zarówno w missed abortion, jak i w missed labour. Wogóle H. jest zwolennikiem czynnego wystąpienia zarówno w jednej, jak i w drugiej nieprawidłowości ciąży.

W rozprawach Z. Endelman zwraca uwagę, że bardzo często w jajach, wydalonych z macicy w missed abortion, spostrzegają się t. zw. podkosmówkowe krwiaki. Pisał o tem Brens, stwierdził fakt ten i E. w pracy „O anatomii patologicznej t. zw. podkosmówkowych krwiaków“, drukowanej w Beitrage zur Geb. u. Gyn. i w Medycynie.

Co się tyczy postępowania akuszeryjnego w przypadkach missed abortion i missed labour, to E. zachowuje się wyczekująco, i dotychczas ani razu nie był zmuszony do czynniejszej interwencji. Wszystkie przypadki, spostrzegane przez E., zakończyły się samoistnie i miały przebieg pomysłny. W jednym tylko opróżnił E. macicę po 8-miesięcznem zatrzymaniu się 2-miesięcznego jaja płodowego i to tylko dlatego, że pacjentka mieszkała na wsi i obawiała się następstw swego cierpienia ze względu na brak pomocy lekarskiej.

Wertenstein zaznacza, że widział chorą na kilka tygodni przed tem, nim Huzarski wykonał opróżnienie macicy. Wtedy macica była wielkości 7-tygodniowej ciąży. Otóż z uwagi, że Huzarski znalazł macicę wielkości 3-miesięcznej ciąży, wnosi Wertenstein, że przez ten czas płód dalej rozwijał się, i że zatem w danym przypadku rozpoznanie missed abortion nie zdaje mu się być ściśłem.

Jaworski zaznacza, że rozpoznanie bywa niełatwe, dlatego trzeba zawsze uwzględniać wszystkie objawy, do których należy także pominięte przez referenta prawidłowe miesiączkowanie. Występuje ono po przerwaniu związku pomiędzy jajem płodowym a macicą. Genezę zjawiska tego szukać należy w regeneracji nabłonka doczesnej. Wyjaśnił dokładnie sprawę tę przypadek Chiasiego, gdzie podczas autopsji kobiety, zmarłej od marskości wątroby, która miesiączkowała prawidłowo przez ostatnie 5—6 miesięcy, pomimo tego znaleziono w jamie macicy zatrzymane jaje płodowe  $4\frac{1}{2}$  miesięczne.

Nadto Jaworski nadmienia, że sam przez się interesujący fakt długotrwałego zatrzymania płodu w jamie macicy posiadać może w pewnych okolicznościach i znaczenie praktyczne. Mianowicie: nastąpienie porodu w czasie nieterminowym, nawet gdy rodzi się płód martwy, stać się może w pewnych razach powodem dochodzenia sądowego. Prawomocność porodu takiego kwestyonowana być może przez męża, jeżeli ten ostatni wykazać może swoje alibi co do czasu współżycia. Mówca zna przypadek taki, który sądy rozstrzygnęły wobec stwierdzenia, że chodzi o missed abortion, na rzecz żony, której przyznano alimenty.

Stankiewicz Czesław zaznacza, iż na ogół uważa w missed abortion za wskazane postępowanie wyczekujące. Wyjątek stanowią przypadki missed abortion u kobiet, pracujących fizycznie, gdzie interwencja, wykonana w warunkach odpowiednich, mniej, zdaniem St., naraża chorą, niż poronienie siłami natury w warunkach nieodpowiednich. Z tego też wskazania możnaby operować missed abortion u przyjezdnych z dalekich miejscowości, pozbawionych pomocy lekarskiej. W missed labour S. zastosował w jednym przypadku pituglandol ze skutkiem pomyślnym co do wywołania czynności porodowej; miał jednak wielkie trudności z opanowaniem następnego krwotoku macicznego.

BR. SZYBOWSKI.

---

---

## BIBLIOGRAFIA.

---

**Dr. Józef Jaworski.** *Ciąża i gruźlica oraz wzajemny ich stosunek.* Odczyty Kliniczne, wydawane przez Redakcję Gazety Lekarskiej № 235 i 236. Warszawa, 1913, stronic 48.

Wzajemny stosunek ciąży i gruźlicy był już nieraz tematem do rozpraw w Towarzystwach Lekarskich, jakoteż przedmiotem rozpraw i artykułów w pismach fachowych. Mimo to — temat ten pozostał nadal żywym, gdyż sprawa postępowania leczniczego w gruźlicy, powikłanej ciążą, nie doczekała się jeszcze rozwiązania.

Dr. Jaworski podjął bardzo wdzięczne zadanie zaznajomienia w wykładzie klinicznym ogółu lekarskiego ze stanem obecnym poglądów na wzajemne oddziaływanie ciąży i gruźlicy. Opierając się na rozległym tego przedmiotu piśmiennictwie, jakoteż na własnem doświadczeniu, zebrał statystykę pogorszeń i śmiertelności w przypadkach gruźlicy, wikłającej się ciążą, wyłożył jasno sprawę dziedziczenia i zaraźliwości gruźlicy w małżeństwie i rodzinie, i zajął się przegłędem rozmaitych metod postępowania leczniczego w gruźlicy płuc i krtani podczas ciąży, poświęcając temu przedmiotowi dwa rozdziały swej pracy.

Z nagromadzonego tak skrzętnie materiału autor wyprowadził kilka wniosków, które w chwili obecnej mogą być uważane za wyraz najbliższego prawdy poglądu na sprawę omawianą. Z tego powodu przytaczamy je tu prawie dosłownie.

Wobec usposobienia do gruźlicy kobieta w przypadkach wątpliwych nie powinna zaręczać się wcześniej, niż po upływie najmniej roku od zupełnego wygaśnięcia sprawy chorobowej; następnie — w małżeństwie drogą środków ochronnych unikać zajścia w ciążę; gdy jednak zajdzie—podać się leczeniu dyetetycznoklimatycznemu.

Poronienie u gruźliczek wpływa, i to tylko niezawsze, hamująco na przebieg cierpienia, i dlatego uważać je trzeba, jako wstęp do leczenia następczego ogólnego.

Ani ze stanowiska teoretycznego, ani też klinicznego niema podstawy stawiania zasady przerywania ciąży u kobiet gruźliczych, jako metody leczniczej. Lekarz jest uprawniony, ale nie obowiązany do przerywania ciąży w gruźlicy płuc.

Do operowania ciąży w razie istnienia gruźlicy nadają się tylko przypadki lżejsze, w początkowych okresach gruźlicy, lub w pierwotnej gruź-

licy krtani. W przypadkach takich im we wcześniejszym okresie ciąży dokonywane bywa jej przerwanie, tem zejście zwykle okazuje się pomyślniejszem.

Przypadki gruźlicy ze zmianami w płucach lub krtani daleko posuniętymi, przy gorączce stałej, nie nadają się do przerwania ciąży, albowiem w tych razach w okresie poporodowym występuje najczęściej znaczne pogorszenie.

Kobieta, posiadająca chociażby tylko usposobienie do gruźlicy, a tem bardziej obarczona nią i to nawet tylko postacią zamkniętą, nie powinna dziecka karmić piersią.

Praca Dra Jaworskiego ze względu na doniosłość poruszonego w niej przedmiotu, jakoteż dzięki żywemu i zajmującemu przedstawieniu tegoż, zasługuje najzupełniej na rozpowszechnienie.

M. Z.

---

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

---

Dzięki wielkiemu sercu panny Zofii Szlenkierówny, dzięki Jej głębokiemu poczuciu obywatelskiemu oraz zrozumieniu istotnych potrzeb społecznych przybyła Warszawie nowa instytucja — nowy Szpital dla dzieci imienia Karola i Maryi, ufundowany przez Nią kosztem pół miliona rubli dla uczczenia pamięci rodziców ś. p. Karola i Maryi Szlenkierów. Poświęcenie nowej instytucji odbyło się d. 19 października r. b., wkrótce potem — Szpital zaczął funkcjonować.

Szpital mieści się przy ul. Leszno № 136, teren szpitala obejmuje 35,000 łokci kwadratowych. Plac ten jest ograniczony ulicami Leszno oraz Żytnią. Szpital został zbudowany systemem barakowym, oddzielne baraki przeznaczono dla chorych wewnętrznych, dla chorych chirurgicznych, dla rozmaitego rodzaju chorób zakaźnych, wreszcie osobny barak znajduje się dla chorych, pozostających czasowo w obserwacji. Nie zatrzymując się bliżej nad bardzo estetycznym wyglądem zewnętrznym budowli, przejdziemy odrazu do bliższego opisu urządzeń wewnętrznych.

Przy ul. Leszno mieści się nieduży budynek piętrowy; na parterze tego budynku znajduje się mieszkanie portyera, na piętrze zaś — mieszkanie jednego z lekarzy miejscowych. Nieco dalej natrafiamy na duży budynek, mieszczący przychodnię dla chorych przychodnich. Urządzenie tej przychodni zasługuje na szczególną uwagę, gdyż ma na celu zapobiegać groźnemu niebezpieczeństwu, na jakie bywają narażone dzieci w zwykłych poczekalniach ogólnych, wskutek zakażenia się jednych od drugich. Temu właśnie niebezpieczeństwu zapobiega zastosowana tu sortownia dzieci; mianowicie dziecko, przyniesione na poradę do szpitala, najpierw podlega



przedwstępniemu zbadaniu odnośnie obecności choroby zakaźnej. O ile lekarz stwierdza u dziecka chorobę zakaźną — zostaje ono umieszczone w jednej z pięciu separaetek, przylegających do sortowni. Tam lekarz udziela dziecku porady i dziecko wydostaje się innem wyjściem na ulicę. Pozostałe dzieci udają się do poczekalni ogólnej, stamtąd do rozbieralni; tam są rozbierane, w razie potrzeby myte, zawinięte w czyste prześcieradło i przenoszone do gabinetów lekarskich. Dwa gabinety są przeznaczone dla chorych z chorobami wewnętrznymi i nerwowymi, jeden dla chorych na gardło, nos, uszy i oczy i jeden dla chorych chirurgicznych. Po udzieleniu dziecku porady wraca ono do ubieralni, tam ubiera się i, by nie tamować ruchu chorych, nie przechodzi przez poczekalnię, lecz wychodzi na zewnątrz specjalnym wyjściem. W tymże budynku mieści się sala operacyjna, pokój dla nakładania opatrunków gipsowych i pokój, mieszczący przyrządy wyjąławiające, prócz tego instytut ortopedyczny, kancelarya, gabinet lekarza naczelnego i kuratorki, oraz księgozbiór i czytelnia lekarska.

Za tym budynkiem natrafiamy na duży gmach, w postaci litery H. Jedna połowa gmachu jest przeznaczona na oddział chirurgiczny z 3 salami operacyjnymi, z pokojem do wyjąławiania i z gabinetem rentgenowskim.

W drugiej połowie omawianego gmachu natrafiamy na oddziały: wewnętrzny, gruźliczy i zakaźnych cierpień przewodu pokarmowego. Łóżeczka na salach znajdujemy nie jednakowe — są one w 3 wymiarach: 1,57 m., 1,75 m. i 1,27 m. długości, są wysokie, z poręczami, nader dogodnie dla dzieci. Na łóżkach zasługują na uwagę materace metalowe sprężynowe; są one urządzone tak, że za pomocą materaca z dużą łatwością daje się zmienić położenie dziecka, można materac wyjąć razem z dzieckiem i przenieść je do innego łóżka, jak na noszach.

W każdym oddziale urządzone osobny pokój dla chorych beznadziejnych lub konających.

Nad każdym łóżeczkiem jest umieszczona tabliczka do notowania na niej ciepłoty ciała, tętna i innych danych, dotyczących przebiegu choroby oraz zleceń dla pielęgniarki, oraz kolorowe sygnały, które mają na celu w sposób prosty i poglądowy wskazywać, jakiej choroby zakaźnej dane dziecko jeszcze nie przechodziło. Łóżeczka dają się przesuwac za pomocą specjalnie urządzonej ramy na kółkach; wobec tego nogi od łóżek nie są zaopatrzone w kółka. Obok łóżeczka stoi stolik-szafka niezamykany. Na każdej sali znajduje się stolik na kółkach; na nim mieści się irygator, łopatki, termometry i inne przedmioty, jakie mogą być w każdej chwili potrzebne pielęgniarce. Mieści się także zbiornik z płynem odkażającym, który to płyn wypływa automatycznie: pielęgniarka jest obowiązana obmyć sobie ręce tym płynem po każdym opatrzeniu dziecka bez względu na rodzaj choroby tegoż. Na sali stoi wreszcie wózek z tlenem, który w każdej chwili może być przysunięty do łóżeczka dziecka.

Badanie dzieci przez lekarzy odbywa się nie w sali chorych, lecz w specjalnym gabinecie, przeznaczonym do badań. Sale są zaopatrzone w doskonale urządzone wentylacyę wyciągową.

Przy każdym pawilonie znajdujemy specjalne urządzenia, t. zw. „bru-

downiki“; w nich myją się brudne naczynia: woda pod dużym ciśnieniem dokładnie zmywa wszelkie nieczystości. O ile zachodzi potrzeba uprzednio odkazić wydaliny — zlewa się je płynem odkażającym i wstawia do odpowiednio urządzonych przegród. Brudną zaś bieliznę wkłada się do worków, przytwierdzonych do specjalnie urządzonych wózków, i odwozi się do pralni. Bieliznę z oddziałów zakaźnych odsyła się w workach do odkażenia.

W pawilonach spotykamy oszklone pomieszczenia dla odosobnienia dziecka, t. zw. boksy; każde takie pomieszczenie ma 2,5 m. wysokości i 2,8 m. głębokości. W omawianym pawilonie, jak również i w innych, znajduje się obszerna sala, przeznaczona na całodzienny pobyt dla wszystkich dzieci, które są w stanie opuścić łóżko. Przy tej sali znajdujemy wannę, kłozety oraz tarasy, na których dzieci korzystają ze świeżego powietrza w razie sprzyjającej pogody.

W tym też gmachu w postaci litery H. znajduje się pracownia centralna, przeznaczona do badań chemicznych, mikroskopowych i bakteryologicznych, oddział do szczepienia zwierząt i t. p. Obok tej pracowni centralnej każdy pawilon posiada małe pracownie oddziałowe do dokonywania badań i rozbiórów podręcznych. Na piętrze omawianego gmachu mieści się oddział dla niemowląt, obok zaś znajduje się kuchnia mleczna.

Posuwając się dalej, natrafiamy w głębi placu szpitalnego na piętrowy budynek gospodarczy z mansardami. W suterynach tego gmachu umieszczono kotłownię, na parterze — kuchnię, pralnię, maglarnię, prasownię, pokoje jadalne dla służby i pielęgniarek, salonik dla pielęgniarek, na piętrze — pokoje z przedpokojami i łazienkami dla 2 lekarzy miejscowych, oddzielne pokoje dla każdej z pielęgniarek i pokój dla przełożonej pielęgniarek, wreszcie w mansardach — 4 pokoje dla służby. Wyżej wymienione pomieszczenia — pralnię, suszarnię, kuchnię i t. d. zaopatrzone w odpowiednie przyrządy angielskie.

W drugiej połowie placu stoi pawilon obserwacyjny. Składa się on z oddzielnych pokojów-celek, i jest przeznaczony dla dzieci, podejrzanych o chorobę zakaźną. Każda celka mieści jedno tylko dziecko, i ma osobne wejście i wyjście. Korytarz, z którego prowadzą wejścia do celek, jest przeznaczony tylko dla zdrowych. Po upływie czasu, potrzebnego do zrobienia rozpoznania, dziecko jest przenoszone do właściwego oddziału.

Za tym budynkiem znajduje się pawilon zapasowy, przeznaczony głównie do leczenia błonicy. Tu znajdujemy indywidualny system odosobnienia. Prócz wymienionych wyżej boksów widzimy tu jeden specjalnie przeznaczony do stałej inhalacji, tu spotykamy również t. z. półboks, specjalny parawan szklany do oddzielania jednego łóżeczka od drugiego.

Jeszcze dalej natrafiamy na pawilon, przeznaczony dla płonicy. Tu prócz ogólnej sali i boksów są oddzielne pokoje z osobnymi wyjściami, przeznaczone dla dzieci z pensyonatów. Matki nie mogą odwiedzać dzieci, chorych na płonicę, mogą natomiast oglądać je w okresie zdrowienia z zewnętrznych tarasów i przez drzwi oszklone, które prowadzą do specjalnej salki dla ozdrowieńców.

3 pawilony, wymienione wyżej, posiadają własne sale operacyjne.

Od ulicy Żytniej — mieści się kamera dezynfekcyjna, kaplica oraz sala sekcyjna. Wprost gmachu gospodarczego znajduje się mieszkanie dla stróżów oraz pomieszczenie dla zwierząt doświadczalnych.

Wszystkie pawilony są zaopatrzone w centralne wodne ogrzewanie, kanalizację, połączoną z siecią miejską, w oświetlenie elektryczne i gaz.

Do pielęgnowania chorych wprowadzono do szpitala pielęgniarki świeckie, z których większość jest wykwalifikowana w zawodzie, głównie dzięki odbyciu praktyki w szpitalach zagranicznych z polecenia fundatorki szpitala.

Pomoc i opieka lekarska składa się z ordynatorów szpitala, asystentów przychodnich oraz 3 lekarzy asystentów miejscowych internistów. Ci ostatni mieszkają w szpitalu i nie mają prawa zajmować się praktyką lekarską na mieście.

Lekarzem naczelnym szpitala jest Dr. Józef Brudziński, ordynatorem oddziału chirurgicznego Dr. Wacław Łapiński, ordynatorem oddziału obserwacyjnego — Dr. Schoenaich, który jest jednocześnie pomocnikiem lekarza naczelnego, ordynatorem oddziału płoniczego jest Dr. Łyskawiński, ordynatorem przychodni — Dr. Kopeć. Co się tyczy administracji, to szpital posiada zarządzającego działem gospodarczym, sekretarza i pomocnika sekretarza kancelaryi. Do bezpośredniego zarządu szpitalem powołany został komitet spośród obywateli miasta.

Prawie wszystkie roboty wykonano siłami miejscowemi: roboty budowlane wykonało Towarzystwo Akcyjne „Martens i Daab“, kanalizację, wodociągi i ogrzewanie firma „Drzewiecki i Jeziorański“, urządzenia wewnętrzne firma „Piotr Jarnuszkiewicz i spółka“. Jedynie urządzenia sterylizacyjne wzięto od Schärera.

\* \* \*

Należy podkreślić ujawnioną przez Magistrat m. Warszawy dążność jeżeli nie do budowania na razie nowych szpitali, to przynajmniej do rozszerzania i udoskonalenia już istniejących.

Do tej kategorii poczynić należy dobudowanie do tak zwanego „starego pawilonu“ Szpitala Przemienienia Pańskiego na Pradze — nowego budynku z salami operacyjnymi dla II oddziału chirurgicznego. Budowę rozpoczęto wprawdzie jeszcze w m. październiku r. 1912, ukończono dopiero teraz. Tak długie trwanie tłumaczy się głównie brakiem sił technicznych, należycie obznajmionych z urządzeniami szpitalnymi.

Nowodobudowany budynek mieści na parterze — pracownię, gabinet lekarski, salę przygotowawczą i opatrunkową dla kobiet, salę przeznaczoną do nakładania gipsu i salę operacyjną septyczną; oprócz tego mieści się tam rozbieralnia, separotka dla chorych po ciężkich operacjach i wanna dla chorych, przeznaczonych do operacji.

Na pierwszym piętrze znajduje się pokój opatrunkowy dla mężczyzn, sala przygotowawcza, pomieszczenie na przyrządy sterylizacyjne, sala ope-

racyjna aseptyczna, separatka dla chorych po ciężkich operacjach i wanna dla chorych, przeznaczonych do operacji. W sali operacyjnej aseptycznej, gwoli rozpraszania światła słonecznego, wstawiono w okno szyby ze szkła pryzmatycznego.

Oświetlenie wszędzie elektryczne. W obu salach operacyjnych zastosowano zupełnie nowy system oświetlenia i koncentrowania światła tak, by powstawało jaknajmniej cieniów. Światło takie wprowadzono podobno z zupełnie pomyslnym wynikiem w Szpitalu Ś-go Jerzego w Lipsku. Oprócz tego urządzone reflektory boczne w ścianach do rzucania światła za pomocą ruchomego na podstawie ruchomej lustra, i ustawiono lampy ruchome Nersta dla oświetlania głębokich jam w czasie operacji.

Nad budynkiem są mansardy, przeznaczone na mieszkania służby, i archiwum-gabinet ordynatora. W środkowej części pawilonu są urządzone ustępy i wanny.

Ordynatorem II oddziału chirurgicznego jest Dr. B. Jakimiak, asystentami—D-rzy Z. Grodzki, J. Mazurek i S. Gorazdowski.

Roboty wodociągowe były wykonane przez firmę krajową, również stoły operacyjne, meble, którymi dokompletowano dawniejsze umeblowanie — przez firmę „Piotr Jarnuszkiewicz i S-ka“, urządzenia do gotowania narzędzi i grzania wody przez firmę „Petz“. Urządzenia sterylizacyjne, wobec nie zgłoszenia się na termin nawet umyślnie przedłużony firmy miejscowej, powierzono dostarczyć firmie szwajcarskiej Schärera.

