

# GAZETA LEKARSKA.

## I. Czego wymaga klinika od radioskopii i radiografii?

[Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Warszawsk. Towarz. Lekarskiego w dniu 26. III. 1901 r.]

Podał

**Dr Czesław Burszczewski,**

b. zarządzający pracownią rentgenowską Szpitali Warszawskich.



Szanowni Panowie!

Jak medycyna praktyczna w wielu przypadkach nie może obejść się bez anatomii patologicznej, chemii i bakterjologii, tak samo już dzisiaj medycyna wewnętrzna i chirurgia zwraca się do analizy świetlnej, do nowego środka rozpoznawczego, który z jednej strony wysświetla trafne lub nietrafne przypuszczenia lekarzy, z drugiej zaś strony często wykrywa nowe fizykalne objawy chorobowe, których dotychczasowe metody badania wykazać nie są w stanie. Metoda promieni X, którą tu mamy na myśli, dzisiaj już stanowi w dyagnostyce chorób chirurgicznych i wewnętrznych ważny dział obok omacywania, opukiwania, osłuchiwania i stałym swym postępowaniem zdobywa wśród nauk lekarskich praktycznych niezależne stanowisko na równi z chemią lekarską i bakterjologią. Badania za pomocą promieni X, stosowane w medycynie, bądź drogą prostego prześwietlenia, bądź drogą zdjęć radiograficznych, aby posiadały charakter naukowy, innemi słowy, aby odznaczały się ścisłością i miały znaczenie kliniczne, winny odpowiadać następującym warunkom.

Najpierwszy i najważniejszy warunek, jaki klinika stawia radiologii, polega na tem, aby za pomocą promieni X lekarz mógł badać swego chorego, t. j. mógł badać dany narząd lub daną okolicę ciała szczegółowo i wszechstronnie tak, jak się bada serce za pomocą stetoskopu przez wysłuchiwanie go w różnych punktach klatki piersiowej, jak się bada płuca przez opukiwanie klatki piersiowej na całej jej powierzchni dla porównania różnic dźwiękowych i t. d., jednym słowem, klinika wymaga, aby lekarz mógł tak władać promieniami X, jak włada stetoskopem, młotkiem, rękami przy omacywaniu i t. d. aby, tym

sposobom, odpowiednio ustawiając aparat oświetlający względem chorego, mógł w całej okazałości uwydatnić dla oka pole badania.

Drugim niemniej ważnym wymaganiami kliniki jest ściśle określanie tych warunków, w jakich dokonane zostało prześwietlenie lub zdjęcie za pomocą promieni ROENTGEN'a. Według tego wymagania każdy przypadek radioskopii i radiografii winien być określony i opatrzony odpowiednim wzorem, a samo przejrzanie takiego wzoru pozwalałoby lekarzowi nie tylko uprzytomnić całą scenę badania: pozycję chorego, ustawienie aparatu prześwietlającego, położenie kliszy uczulonej i t. d., lecz pozwalałoby na powtórzenie tego samego badania w tych samych warunkach, jeżeli zachodzi potrzeba sprawdzenia wyników, otrzymanych przez innego badacza. Prześwietlenie i radiografia, stosowane *ceteris paribus*, pozwalają spostrzegać przebieg pewnych spraw patologicznych, jak wzrost tętniaków i guzów w śródpiersiu, tworzenie się kostnych blizn po złamaniach i t. d., przez badanie chorego od czasu do czasu z a w s z e w j e d n a k o w y c h w a r u n k a c h. Nadto badania te dają możność przeprowadzania studyów porównawczych, nie tylko na jednej i tej samej osobie, w różnych odstępach czasu, dokonywanych, lecz i na wielu osobach, różniących się pod względem budowy, wzrostu i tuszy.

Wreszcie trzecie nieodzowne wymaganie radiologii klinicznej polega na tem, aby lekarz w pewnych przypadkach miał możność szybkiego oryentowania się co do właściwego położenia ciał obcych w głębiach ustroju ludzkiego na zasadzie cieniów, przez nie rzucanych na kliszę lub ekran fluoryzujący, aby tym sposobem, bez długich i zawyłych obliczeń, mógł powiedzieć, że ciało obce: kula, moneta połknięta, igła i t. p., znajdują się w tym a tym kierunku, na tej a na tej głębokości.

Przystępujemy do rozpatrzenia pierwszego z trzech powyżej wymienionych warunków, jakie czynią radiologię kliniczną.

Aby lekarz klinicysta, badający chorego, mógł badać go w różnych położeniach i łatwo według żądania zmieniać te położenia bez poruszania chorego z miejsca, należy zasadniczo zmienić dotychczasowe warunki badania, a mianowicie: stan bierny aparatu oświetlającego przenieść na chorego, a ruchy czynne chorego nadać rurce CROOKES'a. Powszechnie bowiem praktykuje się, że przed umocowaną w nieruchomej statywie rurką CROOKES'a chory podczas prześwietlenia wykonywa w miarę potrzeby zalecane przez lekarza ruchy w prawo i w lewo, ku górze przez stawianie na palcach i ku dołowi przez zginanie kolan. Ze względu na niewymowną niekiedy uciążliwość dla pacjenta i niedogodność dla samego badacza, umieszczamy obecnie rurkę CROOKES'a w takim przyrządzie, który w każdej chwili może nadać jej ruchy we wszystkich żądanych kierunkach. Przyrząd taki, praktycznie i prosto zbudowany, wyobraża w zasadzie 3 ramki, z których dwie wewnętrzne mniejsze, ruchome osadzone jedna w drugą, mogą przesuwać się w dwóch przeciwnych sobie kierunkach: pionowym i poziomym; ramki te poruszane są za pomocą strun metalowych nawiniętych na walce z kółkami, opatrzonemi podziałką centymetrową; w najmniejszej ramce umocowana jest rurka CROOKES'a. Do badania chorego w pozycji stojącej przyrząd ten przytwierdza się pionowo do statywy na żądanej

wysokości; do badania zaś chorego w pozycji leżącej przyrząd ten umocowywa się w płaszczyznach poziomych nad lub pod stołem radiologicznym. W tych warunkach badany chory może stać, siedzieć i leżeć nieruchomo, ponieważ aparat oświetlający wykonywa ruchy wzdłuż i wpoprzek ekranu fluoryzującego, a klinicysta tym sposobem, nie tracąc z oczu obrazu, może śledzić każdy nowy ruch cieniów, jaki dają narządy wewnętrzne *resp.* ciała obce metalowe, oświetlane z różnych punktów; przesuwanie zaś aparatu oświetlającego może badacz wykonywać niemal z taką łatwością z jaką przenosi stetoskop przy badaniu serca.

Mamy tedy przed sobą chorego leżącego na stole radiologicznym, aparat oświetlający [urka CROOKES'a] w pewnej odległości, odpowiednio ustawiony nad nim i kliszę uczuloną pod okolicą ciała, która ma być zbadaną. Określenie dokładne tej mianowicie pozycji chorego, w ten sposób ustawionej rurki CROOKES'a i tak położonej kliszy, będzie drugim ważnym warunkiem, jaki nadaje radiografii charakter kliniczny. Jakże zajmuje miejsce względem pacjenta i kliszy rurka CROOKES'a, wysyłająca promienie X podczas badania wogóle, nie umiemy powiedzieć. Określamy mniej lub więcej szczegółowo sposób, w jaki dokonane zostało prześwietlenie lub zdjęcie, lecz często nie możemy porozumieć się wzajemnie, ponieważ nie mamy wspólnego sposobu wyrażenia się, nie posiadamy wspólnego języka.

Promienie, rzucone na kliszę fotograficzną lub ekran fluoryzujący, przechodzą przez ciała nieprzejryste, znajdujące się w różnych płaszczyznach; wskutek tego rozmiary kształtów tych rzuconych cieniów nieskończenie się zmieniają, zależnie od przestawiania aparatu oświetlającego, np. patrząc na obraz radioskopowy klatki piersiowej, prześwietlonej od przodu ku tyłowi, widzimy cień serca rzucony tem skośniej w lewo, im rurka oświetlająca będzie bardziej po stronie prawej mostka; nic więc dziwnego, że w pewnych warunkach radioskopia i radiografia wykazywać mogą przerosty serca, rozszerzenia pnia tętniczego, wywichnienia stawów, asymetrye miednic i inne tym podobne nieprawidłowości ustrojowe tam, gdzie ich zupełnie niema. Oczywiście jest przeto, jak doniosłe znaczenie ma dla radiologii klinicznej dokładne i ścisłe wykonanie warunków badania, a umiejętność określania dokładnego tych stosunków geometrycznych, w jakich znajduje się aparat oświetlający; pacjent i klisza stanowiąc winną abecadło umiejętności radiograficznej naukowej, bez której cała metoda ROENTGEN'owska może być uważana tylko za amatorstwo, traktowane po dyletancku.

Łatwy i prosty sposób takiego właśnie dokładnego określania podaje asystent kliniki BOUCHARD'a ze szpitala Charité w Paryżu, dr H. GUILLEMINOR <sup>1)</sup>, który pierwszy dał początek abecadła tej umiejętności radiograficznej.

Metoda ta polega na wykonaniu dwóch odrębnych zadań, mianowicie:

1) na oznaczeniu punktu dowolnie wybranego na powierzchni badanej okolicy pacjenta w odpowiedniej pozycji leżącej, siedzącej lub stojącej i

<sup>1)</sup> Radiographie et Radioscopie cliniques de Précision.

2) na oznaczeniu kierunku promieni X, padających na ten wybrany punkt.

Promienie, wychodzące z rurki CROOKES'a, prześwietlają pole badania w nieskończonej liczbie punktów, na które pojedynczo padają. Mając możność dowolnego wyboru jednego jakiegokolwiek z tych punktów, wybieramy zwykle z wielu względów praktycznych, punkt najbliższy położony od miejsca dla nas najważniejszego. Aby określenie takiego punktu na ciele pacyenta było dokładne i zarazem łatwe do odszukania, należy je oznaczyć geometrycznie według zasad planimetrii, odnosząc jednocześnie te dane do wytycznych punktów anatomicznych. Takimi punktami anatomicznymi dla tułowia są punkty środkowe *incis. jugul.* i górnego brzegu *symphysis pub.* na przedniej powierzchni, a wystający punkt 7-go kręgu szyi i brzeg górny *cr. ilei* dla powierzchni tylnej. Na przykładzie zobaczymy w jaki sposób może być określony geometrycznie punkt dowolnie wybrany na powierzchni tułowia.

Dajmy na to, że punkt ten jest w okolicy „*ictus cordis*“, to według zasad planimetrii położenie tego punktu da się dokładnie określić za pomocą 2-ch pionów, opuszczonych na dwie prostopadłe krzyżujące się linie. W rzeczy samej długość pionu opuszczonego od tego punktu do osi rzędnych t. j. do linii, łączącej powyżej oznaczone punkty powierzchni tułowia, anatomicznie wyrażona w centymetrach, będzie jedną daną radiometryczną t. zw. odciętą, odległość zaś tego pionu od punktu środkowego *incis. jugul.*, także wyrażona w centymetrach, będzie drugą radiometryczną t. zw. rzędną; otrzymane w ten sposób liczby 5 i 6 dokładnie określają położenie punktu, wybranego w okolicy „*ictus cordis*“.

Do celów jednak radiografii porównawczej, która ma niewątpliwie znaczenie kliniczne, ważne byłoby oznaczenie liczbą całkowitych linii współrzędnych dla danego punktu t. j. osi rzędnych i osi odciętych. Stąd też otrzymane linie pionowe i poziome wyrażamy w postaci ułamków  $\frac{1}{3}$ — $\frac{5}{13}$ , w których mianowniki oznaczają w centymetrach całkowite te linie wytyczne: mostkowo-łonową i obwody ciała w punktach wybranych. W położeniu bocznem tułowia, które w ten sposób bywa badane tylko w wyjątkowych przypadkach, sprowadzamy wybrany punkt do linii mostkowo-łonowej lub pacierzowej, zależnie od tego, czy dany punkt leży przed, czy też za linią pachową średnią. Tyle o radiometrii tułowia.

Radiografia kończyn górnych może być wykonywaną w pozycji leżącej lub stojącej pacyenta. W pierwszym przypadku kończyna leży obok tułowia pod kątem mniej więcej 30 na tylnej swej powierzchni w supinacji.

Punktami wytycznymi dla kończyn górnych służy dolny brzeg spojenia barkowo-obojczykowego i zakończenie 3-go palca. Linia łącząca te punkty przechodzi po stronie wewnętrznej ramienia przez punkty środkowe zgięcia łokciowego i ręcznego. Punkt wybrany na powierzchni ramienia oznaczamy w liczebniku jedną liczbą, wskazującą w centymetrach jego odległość od spojenia barkowo-obojczykowego; punkty na przedramieniu oznaczamy dwiema liczbami, a na ręce—3-ma liczbami, z których pierwsza wyraża odległość spojenia barkowo-obojczykowego od zgięcia łokciowego, druga od zgięcia łok-

ciowego do zgięcia ręcznego, a trzecia odległość tego ostatniego od danego punktu. W mianownikach tych ułamków piszemy zawsze 3 liczby, otrzymane z pomiaru ramienia, przedramienia i ręki, połączone znakiem +. Co się zaś tyczy obwodów, przeprowadzonych przez punkty wybrane, to punkty, znajdujące się na linii podłużnej głównej t. j. osi rzędnych oznaczamy w liczebniku 0, na brzegach wewnętrznym i zewnętrznym —  $\frac{1}{4}$  obwodu a na tylnej powierzchni —  $\frac{1}{2}$  obwodu. W drugim przypadku t. j. w pozycji siedzącej pacjenta kończyna leży w płaszczyźnie poziomej na powierzchni wewnętrznej pod kątem prostym do tułowia, a przedramię i ręka przytem opierają się na brzegu wewnętrznym lub są w pronacji.

Radiografia dolnych kończyn najczęściej wykonywa się, w leżącej pozycji chorego, w pozycji czołowej lub strzałkowej; punktami wytycznymi są: kołec biodrowy przedni wyższy i zakończenie palca średniego stopy, a główna linia podłużna t. j. oś rzędnych, łącząca te dwa punkty, przebiega po przedniej powierzchni uda, przez środek zgięcia kolanowego, dolny brzeg rzepki i środek zgięcia skokowego. Określenie wybranego punktu zostaje w zasadzie te same, jakie wskazaliśmy dla kończyn górnych.

Przy radiografii głowy i szyi stosujemy dwie pozycje: przednio-tylną, czołową i boczną strzałkową. Dla pozycji pierwszej wytyczną pionową służy linia, idąca od punktu środkowego *incisurae jugularis* przez środek *os. hyoidei*, przez środek podbródka, *glabellae* przez szew ciemieniowy, *protuberantia occipitalis* do 7-go kręgu szyjowego, a za obwód służy linia zamknięta, przechodząca przez środek *glabellae* i *protuberantiae occip.* W pozycji strzałkowej, prócz wymienionych punktów, służy jeszcze otwór zewnętrzny ucha i środek linii między *glabella* a *protuberantia occip.*

Tym kończąc w ogólnych zarysach przedstawiony Szanownym Panom sposób klinicznego notowania pozycji, w jakich chory był prześwietlany lub radiografowany, przechodzimy obecnie do drugiej części radiometrii klinicznej, mianowicie do badania kierunku promieni antikatodalnych, które padają na te właśnie punkty przez nas określane.

Promienie wysyłane z rurki CROOKES'a mogą padać na kliszę fotograficzną *resp.* ekran fluoryzujący prostopadle lub skośnie. Skośny kierunek promieni stosowany bywa w wyjątkowych przypadkach radiologicznych, najczęściej zaś dla przyczyn zrozumiałych stosujemy promienie prostopadłe czyli normalne. Stwierdzenie więc, czy aparat oświetlający w danych warunkach badania wysyła promienie prostopadłe a nieskośnie, ma doniosłe znaczenie kliniczne. Powszechnie praktykowany dotąd sposób prawidłowego ustawienia rurki CROOKES'a względem płyty fotograficznej lub ekranu polega na tem, aby podłużna oś lampki była równoległą do płaszczyzny kliszy a bieguny bianodalne rurki były w linii pionowej do tejże płaszczyzny. Oś więc podłużna, bieguny anodalne i pion, abstrakcyjnie za pomocą oka opuszczony ze środka lusterka antikatodального, mają tedy stanowić punkty wytyczne, jakimi należy się kierować w każdym poszczególnym przypadku ustawiania rurki CROOKES'a aby środkowe promienie, z niej wysyłane dla badanej okolicy, były normalne t. j. prostopadłe.

Kształty zewnętrzne aparatu oświetlającego, zdaniem mojem, nie mogą decydować o kierunku wysyłanych promieni, ponieważ w rurkach Crookes'a niema żadnej wewnętrznej, geometrycznej zależności pomiędzy nachyleniem lusterka antikatodowego a osią jej i biegunami anodalnymi; zależność ta jest tylko pozorną i jak widzimy, na nowszych typach lampek rentgenowskich, jest zupełnie dowolną; oś bowiem podłużna przedstawia często linię łamaną, a nie prostą, a bieguny bianodalne są nie jednakowo umieszczone na kulistej powierzchni aparatów. Natomiast określenie bezpośrednio kierunku promieni, padających na dany punkt, innymi słowy, określenie ich kąta padania ma znaczenie decydujące.

Ustawienie więc aparatu oświetlającego będzie normalne wtedy, kiedy stwierdzimy za pomocą odpowiedniego przyrządu, że promienie które padając na dany punkt na powierzchni badanej okolicy pacjenta, padają na płaszczyznę płyty uczulonej pod kątem prostym, a ściśle określić, czy dany kąt jest prosty można tylko za pomocą przyrządu mierniczego, nie zaś za pomocą oka. Przyrząd taki nazywa się radiogoniometrem i w zasadzie wyobraża znany przyrząd w astronomii do mierzenia wysokości i azymutu ciał niebieskich. Na statywie tarcza metalowa w środku wycięta z dwoma ruchomymi łukami na górnej swej powierzchni; tarcza ta ma średnicy 14 ctm., otwór jej 6,5 ctm.; końce prostopadłych do siebie średnic łączą łuki z drutu metalowego, przechodzące jeden nad drugim. Łuki te, ruchome na osiach, zaopatrzone są z jednej strony wskazówką i skalą z podziałką na 180°. W kierunkach prostopadłych do siebie przez otwór środkowy przeprowadzone 2 cienkie metalowe nitki, które odpowiadają osiom powyżej wymienionych łuków.

Przyrząd ten na cienkim słupku trójgraniastym metalowym w suwaku przytwierdzony jest do prętu pionowo obsadzonego w podstawie, która stanowi 2 na krzyż złożone cienkie szyny metalowe. Na tym samym pręcie nasadzony jest drugi suwak ruchomy, w który może być obsadzony drugi trójgraniasty słupek, na końcu zaopatrzony podłużną osią ołówka, który wskazuje kierunek pionu i oznacza go punktem na powierzchni ciała badanej okolicy pacjenta. Za pomocą tego przyrządu określamy dwa ważne momenty w radiografii:

1) Kierunek, w jakim aparat oświetlający ma być ustawiony względem pacjenta i położonej pod nim kliszy, aby obraz radiograficzny był normalny i

2) kąt, pod jakim aparat oświetlający jest ustawiony względem pacjenta i położonej pod nim kliszy, aby na obrazie radiograficznym dany szczegół uwydatnił się należycie.

W tym celu dla określenia pionowego kierunku promieni X wystarcza postawienie radiogoniometru—w płaszczyźnie kliszy, krótszem ramieniem równolegle do linii podłużnej badanej okolicy, nastawić obie wskazówki na 0, oznaczyć ołówkiem pionowym na powierzchni skóry punkt padania, a następnie przy zasłoniętych oknach przesunąć aparat oświetlający, dopóki cień skrzyżowanych pod kątem prostym łuków nie wypadnie na ekranie fluoryzującym w środku tarczy. Do określenia zaś wogóle kąta padania promieni X, radiogoniometr należy ustawić w płaszczyźnie kliszy badanej okolicy w oznaczonym

punkcie i przy zasłoniętych oknach nastawić obadwa łuki ruchowe tak, aby wspólnie z metalowymi nitkami wycięcia rzuciły cień jeden na ekran floryzujący; tyle o radiometrii klinicznej.

Mając w pamięci wyżej wspomniany sposób łatwego kierowania aparatem oświetlającym, przyrząd, ściśle określający kąty padania promieni antikatodalnych i metodę geometrycznego notowania pozycyi, w jakiej pacjent był badany, przechodzimy do trzeciego ważnego warunku, wymaganego przez klinikę — do określania ciał obcych w głębiach ustroju ludzkiego.

Określanie metodą promieni X miejsc, w jakich znajdują się ciała obce w ustroju ludzkim uwięzłe, przedstawia już dzisiaj obszerną literaturę, która posiada przeszło 60 różnych sposobów dotąd ogłoszonych. Wszystkie te sposoby w zasadzie określają geometrycznie głębokość i kierunek ciał obcych w ustroju, co właśnie stanowi pierwszy i najważniejszy ich warunek.

Niezawsze jednak przy określaniu ciał obcych zachodzi potrzeba obliczeń matematycznych, które przy badaniu takich łatwych okolic jak palce, dłonie, przedramię, ramię, stopa i gołeń w dolnej części, są nawet zbyt techniczne. W tych przypadkach same oględziny danej okolicy w dwóch różnych pozycjach: czołowej i strzałkowej a niekiedy nawet w jednej tylko pozycyi czołowej dla dłoni, dostateczne są do wykonania operacji.

W przypadkach badania okolic trudniejszych prześwietlenie i radiografia daje jeszcze pewne wyjaśnienie co do umiejscowienia ciał obcych, lecz dopiero przy zastosowaniu podwójnych zdjęć t. j. stereoskopii, która, jak wiadomo Szan. panom, uwypukla obrazy i tym sposobem pozwala lokalizować cienie w różnych płaszczyznach, uwydatniając rzeczywiste ich stosunki w badanej okolicy.

Same jednak oględziny obrazu stereoskopowego niewystarczają chirurgowi. Chirurg musi wiedzieć dokładnie kierunek i głębokość w stosunku do jakiegokolwiek punktu wytyczonego, oznaczonego na powierzchni ciała. Obrazy stereoskopowe w tych przypadkach nie wiele korzyści przynoszą chirurgii, ponieważ nie uwydatniają topografii miękkich części, tętnic, żył, nerwów, wogóle tego wszystkiego, co utrudnia operację chirurgiczną. Stereoscopia dopiero nabiera znaczenia specjalnego w obec ścisłości matematycznej, do niej zastosowanej.

Geometryczne określenie kierunku i odległości od powierzchni skóry, ciał obcych polega na otrzymywaniu trójkątów, które mogą być rozwiązane bądź za pomocą wyliczenia, bądź graficznie, bądź przez układ odpowiedniej figury stereometrycznej. Powyżej wymienione trzy kategorie obejmują wszystkie ogłoszone dotąd metody odszukiwania ciał obcych w ustroju i we wszystkich poszczególnych przypadkach w zupełności wystarczają każda pojedynczo, stosownie do warunków badania i celów praktycznych, z którymi chirurgia zawsze się liczyć musi.

Otóż mając ciało obce w okolicy trudnej do operowania, jak czaszka, szyja, klatka piersiowa, brzuch, musimy dokonać określenia z całą ścisłością i w tym celu stosujemy metodę najdokładniejszą, która za pomocą radiografii stereosko-

powej i za pomocą kompasu *ad hoc* obmyślonego, wskaże faktyczny kierunek, w jakim należy pogłębiać ranę, aby dojść do celu.

Jeżeli ciało obce znajduje się w takiej okolicy, gdzie dokładność określenia nie jest tak ściśle wymaganą i która daje się dobrze przeświecić, w tych przypadkach stosujemy stereoradioskopię wraz z przyrządem do określenia w przybliżeniu kierunku i głębokości, na jakich znajduje się poszukiwane ciało obce, aby zaraz po dokonaniem badania można było przystąpić do operacji.

Wreszcie jeżeli idzie tylko o proste dyagnostyczne określenie miejsca ciała obcego lub odłamka kości złamanej, to stereoradioscopia lub stereoradiografia przy zastosowaniu radiogoniometru i wyżej podanego systemu radiometrycznego rozstrzyga sprawę.

Szanowni panowie! Widzimy więc jaką drogę obiera sobie radiologia. Nauki ściśle: jak fizyka i fotochemia, geometrya wykreślna i sferyczna, trygonometrya na równi z anatomią normalną i patologiczną znajdują tu zastosowanie obok kliniki wewnętrznej i chirurgicznej.

Dążenia zatem w kierunku nauk matematycznych i przyrodniczych są obowiązkiem lekarza radiologa, który w ten tylko sposób zaznacza naukowe stanowisko swoje w obec radioskopii i radiografii.

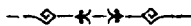
---

[Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ R. D. PROF. RYDYGIERA WE LWOWIE].

## II. O LECZENIU POLIPÓW USZNYCH.

Przez

**Dra Teofila Zalewskiego.**



Polipami wogóle w anatomii patologicznej nazywamy nowotwory, które bez względu na swoją budowę wewnętrzną, mają ściśle określoną formę zewnętrzną, mianowicie, te nowotwory, które siedzą na szypule. Podobnie i pod nazwą polipów usznych rozumiemy nie jakąś określoną anatomiczną postać nowotworową, lecz, przeciwnie, określamy tem mianem nowotwory najrozmaitszej budowy wewnętrznej. Ale i co do swej formy zewnętrznej polipy uszne przedstawiają różnorodność typów. Jeżelibyśmy więc za podstawę klasyfikacji nowotworów, o których mowa, przyjęli ich formę zewnętrzną, to musielibyśmy z szeregu polipów usznych usunąć bardzo wiele nowotworów, które swą formą zupełnie nie odpowiadają polipom, a które mimo to otyatra nazywa polipami usznymi; otyatra, np., w wielu razach nazywa polipem to, co anatom nazwałby



np., brodawczakiem. A obserwując polipy uszne, widzimy, prócz dwóch przytoczonych form [właściwych polipów i brodawczaków], mnóstwo innych postaci, na których określenie zabrakłoby nam nieraz wyrazów w słowniku anatomicznym. Tak więc w klasyfikacji polipów usznych nie kieruje nami ani wewnętrzna budowa nowotworu, ani nawet jego zewnętrzny wygląd, i możemy powiedzieć, iż w codziennym języku otyatrów słowem tem oznaczamy niemal wszystkie łagodne nowotwory ucha.

Jeżeli co do swej budowy wewnętrznej i co do formy zewnętrznej polipy uszne przedstawiają taką różnorodność, to i co do swej etyologii różnią się znacznie od siebie. Najczęściej występują polipy uszne w przebiegu przewlekłych spraw zapalnych, toczących się w uchu i to spraw zapalnych, toczących się w powłokach miękkich, wyściełających jamy uszne lub też w przebiegu spraw zapalnych, toczących się w samej kości. W jednym i drugim przypadku może nastąpić ograniczony przerost części miękkich, który to przerost w dalszym przebiegu rozwinąć się może w nowotwór, swą formą zewnętrzną odpowiadający właściwemu polipowi. Polip więc w tym przypadku będzie niejako dalszem stadyum przerostu; w obu przypadkach będziemy mieli do czynienia z nowotworem jednej i tej samej budowy wewnętrznej, jednego i tego samego pochodzenia, różnić się będą tylko swą zewnętrzną formą; pomimo to w jednym i drugim przypadku nazwiemy nowotwór polipem usznym. Dlatego też twierdzenie LANGE'go, że przerosty błony śluzowej ucha środkowego są identyczne z właściwymi polipami, jeżeli niezupełnie zgodne jest z prawdą, to bądź co bądź jest jej blizkie.

Mogą jednak polipy uszne w przebiegu chorób zapalnych mieć i inny sposób powstawania. Wiadomą jest rzeczą, że w przebiegu spraw zapalnych powstają ograniczone obumarcia tkanek, których wyrazem na powierzchni jest wrzód, w kości zaś próchnienie, które także niczem innym nie jest tylko wrzodem. Wiadomą jest rzeczą, że na około takich owrzodzeń lub na samych owrzodzeniach zaczyna wyrastać ziarnina, jako wyraz usiłowań organizmu do zapełnienia ubytku. Ziarnina ta, niezamieniona w swoim właściwym czasie na stałą tkankę łączną, a do tego wybujała ponad powierzchnię, będzie dla otyatry polipem.

Obydwa z przytoczonych typów polipów usznych co do swej budowy wewnętrznej będą się znacznie różniły między sobą. Integralną składową częścią w obu przypadkach będzie tkanka łączna, tylko w jednym przypadku nowotwór będzie się składał z tkanki łącznej młodej, w drugim — z tkanki łącznej stałej. Nadto w pierwszym z przytoczonych przypadków polipy będą na powierzchni pokryte błoną śluzową lub naskórkiem, czego brak będzie w wypadku drugim. Wspólnem obydwóch rodzajów będzie to, że w jednym i drugim wypadku główną składową częścią jest tkanka łączna, obydwaj więc rodzaje należą do rodzaju włókniaków. Według mnie, dwa te rodzaje polipów są pod względem anatomicznym zasadniczymi typami polipów usznych. Makroskopowo trudno jest odróżnić nieraz obydwaj te rodzaje jeden od drugiego, i dopiero pod drobnowidzem badając, możemy orzec, czy mamy do czynienia z masą ziarniny, czy też mamy przed sobą nowotwór łącznotkanko-

wy, pokryty na powierzchni błoną śluzową mniej lub więcej prawidłową, względnie naskórkiem. W większości jednak przypadków, uwzględniając sprawę chorobową, toczącą się w uchu, jako też zmiany anatomo-patologiczne, jesteśmy w stanie powiedzieć, czy mamy do czynienia z jednym rodzajem polipów usznych, czy z drugim.

Oprócz tych dwóch typów polipów usznych, spotkać możemy się jeszcze z jednym typem, który właściwie nie będzie niczem innym, jak dalszym stadiem rozwoju polipów ziarninowych. Mianowicie, nadmiernie wybujała ziarnina może z biegiem czasu zmienić się w tkankę łączną zbitą, tak, że składową częścią polipa będzie tak, jak w pierwszym typie, tkanka łączna zbita, różnica jednak będzie ta, że i te polipy, podobnie jak ziarniniaki, nie będą pokryte na powierzchni błoną śluzową lub naskórkiem. Dokładne rozpoznanie tego rodzaju polipów usznych będzie możliwe też tylko za pomocą badania mikroskopowego. Forma ta polipów usznych będzie stała niejako między obydwoma poprzednimi formami <sup>1)</sup>.

Podobnie, jak w przebiegu zapaleń przewlekłych, mogą polipy uszne powstać i w przebiegu spraw zapalnych ostrych. Sposób powstawania polipów usznych w tym razie będzie ten sam, jak i w przebiegu zapaleń przewlekłych, będziemy więc mieli i w tym przypadku do czynienia z obydwoma rodzajami polipów. Powstawanie jednak polipów usznych w przebiegu przewlekłych spraw chorobowych jest o wiele częstsze, niż w przebiegu ostrych zapaleń.

Podobnie, jak na ubytkach części miękkich i kości, powstałych w przebiegu spraw zapalnych, mogą utworzyć się polipy i na ubytkach, powstałych w inny sposób — np. przez uraz. I w tym przypadku może nastąpić nadmierny rozwój ziarniny i w ten sposób może utworzyć się polip uszny. Tym więc sposobem polipy, powstałe na ubytkach urazowych, również na powierzchni nie będą pokryte błoną śluzową lub naskórkiem. Czy uraz możemy uważać jako przyczynę przy powstawaniu polipów usznych pierwszego z przytoczonych przez nas głównych typów, jest rzeczą trudną do rozstrzygnięcia. Wogóle rola urazu w etiologii nowotworów nie jest ostatecznie określona, fakty jednak przemawiają za tem, że w niektórych przypadkach istnieje pewien związek między urazem a powstawaniem nowotworu. Z tego też powodu nie możemy kategorycznie zaprzeczyć, że po urazie nie może powstać polip uszny, w którego skład nie będą wchodziły wszystkie składowe części powłok miękkich, na których polip jest usadowiony.

Pomimo to, iż dla większości polipów usznych jesteśmy w stanie wykryć przyczynę i sposób powstania, pozostaje pewien procent przypadków, dla któ-

---

<sup>1)</sup> W otyatrii utarło się, iż „granulacjami“ nazywamy nie tylko właściwe ziarniniaki, lecz i małe przerosty błony śluzowej ucha środkowego, a nawet często wogóle małe polipy. Nazwa ta dla tych ostatnich jest nieodpowiednią, utrzymuje się jednak dotąd w otyatrii, chyba dlatego, że często trudno rozpoznać rzeczywiste ziarniniaki od przerostów błony śluzowej lub wogóle od małych polipów.

rych ani przyczyny powstania, ani sposobu wykryć nie jesteśmy w stanie. Niektórzy autorzy, jak ITARD i URBANTSCHITSCH, obserwowali mieli polipy uszne niejako wrodzone, obserwowali je bowiem w bardzo wczesnym okresie życia pozapłodowego, przypuszczać więc można, że wytworzyły się one jeszcze za życia płodowego. Być może, polipy te mają te same przyczyny powstawania, co i inne polipy; być może, i tutaj przyczyną jest, np., zapalenie przebyte za życia płodowego. Oczywiście rzecz, jest to tylko przypuszczenie, ale przypuszczenie nie pozbawione prawdopodobieństwa.

Co do własności fizycznych, to polipy uszne przedstawiają wielką różnicę: w szeregu ich spotykamy nowotwory od bardzo miękkich do prawie chrząstkowej twardości.

Jeżeli pomimo tej różnorodności pod każdym względem dla nowotworów, przez nas rozpatrywanych, utrzymała się ogólna nazwa polipów usznych, to tylko dlatego, że i obraz kliniczny we wszystkich tych przypadkach jest podobny, a z drugiej strony i postępowanie lecznicze w głównych zarysach jest to samo.

Przechodząc teraz do głównego tematu, mianowicie, do opisu sposobów leczenia polipów usznych, musimy zwrócić uwagę, że w leczeniu polipów musi znaleźć uwzględnienie i podstawowa choroba; innymi słowy, uwzględnić musimy przyczynę polipa, i przeciwko niej skierować nasze leczenie, w przeciwnym razie nigdy nie uchronimy się od nawrotu. CLARKE mówi, że najłatwiej jest polip wydaląć z ucha, najtrudniej uchronić od nawrotu.

Nim przejdziemy do opisu i oceny krytycznej zabiegów, których używamy w przypadkach polipów w celu ich zniszczenia lub wydalenia, musimy najprzód zapytać się, czy polipy uszne samoistnie zniknąć mogą bez jakiegokolwiek z naszej strony interwencji, a pytanie to jest tem bardziej na miejscu, że znaną jest rzeczą, iż nowotwory, tak łagodne jak i złośliwe (?), w niektórych przypadkach znikają samoistnie. W wielu z tych przypadków przyczynę zaniku upatrywać możemy w przemianach wstecznych, odgrywających się w nowotworze, pozostaje jednak jeszcze znaczna liczba przypadków, w których istoty tego zjawiska wyjaśnić sobie nie jesteśmy w stanie. Co do polipów usznych, to już na podstawie teoretycznych kombinacji musimy odpowiedzieć twierdząco na wyżej postawione pytanie. *A priori* musimy przypuścić, że szczególnie ten rodzaj polipów, który powstaje na ubytkach części miękkich i kości i który jest tylko nadmiernie wybujałą ziarniną, będzie szczególnie zdolny do samoistnego zanikania. Tutaj nie potrzeba nawet jakichś specjalnych przemian wstecznych wewnątrz nowotworu, — dalszy fizyologiczny rozwój tkanki, z której się składa nowotwór, wystarczy do zupełnego zniknięcia polipa. Przejście tkanki łącznej młodej w tkankę łączną stałą niewątpliwie spowoduje, jeżeli nie zupełnie zniknięcie nowotworu, to na pewno zmniejszenie się tegoż. Zjawisko to nie jest czemś odosobnionem i specjalnem dla ucha. Codziennie widzimy, jak nadmiernie ponad powierzchnię rany wybujała ziarnina, przemieniając się na tkankę łączną stałą, do tego stopnia kurczy się, że nie pozostawia po sobie żadnych lub tylko nieznaczne nierówności. Podobnie widzimy w przypadkach próchnienia kości: ziarnina, wyrosła na miejscu

owrządzenia, przemienia się na tkankę łączną stałą po ustąpieniu cierpienia podstawowego. Ale nie tylko polipy, składające się z ziarniny, lecz i polipy, których podstawową składową częścią jest tkanka łączna stała i które na powierzchni pokryte są nabłonkiem lub naskórką, samoistnie zniknąć mogą. Przypadki podobne obserwowano niejednokrotnie. Najciekawszymi jednak pod tym względem są trzy przypadki, obserwowane przez GOMPERZ'a. GOMPERZ, mianowicie, obserwował trzy przypadki, w których bądź w jednym uchu, bądź w obydwóch znajdowało się po kilka polipów, dochodzących wielkości grochu. GOMPERZ badał pod mikroskopem te polipy i przekonał się, iż miał do czynienia z tworami łącznotkankowymi, pokrytymi na powierzchni nabłonkiem. Badanie mikroskopowe nadto wykazało, że przyczyną zaniknięcia polipów we wszystkich trzech przypadkach było zarastanie naczyń krwionośnych wskutek bujania nabłonka. Przyczyną polipów we wszystkich trzech przypadkach było przewlekłe ropienie ucha środkowego i cała terapia była skierowana przeciwko temu ostatniemu. Opierając się więc na swoich własnych obserwacjach i na obserwacjach innych, GOMPERZ radzi we wszystkich przypadkach polipów w których ze strony tych nowotworów nie zagraża żadne niebezpieczeństwo choremu, zachować się wyczekująco i całą terapię skierować jedynie przeciw chorobie podstawowej i dopiero, gdy przekonamy się, że polip nie ma tendencji do zmniejszania się, użyć innych sposobów leczenia. Byłby to więc jeden sposób samowyleczenia— drogą spraw, odbywających się w samym nowotworze.

W innych przypadkach samowyleczenie następuje w ten sposób, że polip *in toto* wydziela się z ucha na zewnątrz. Ze zjawiskiem takim spotkamy się wtedy, kiedy podstawa polipa zamrtwieje i polip straci tym sposobem związek z tkankami, z których wyszedł. Zjawisko to najczęściej w tych przypadkach, gdzie nowotwór jest usadowiony na cienkiej szypule i gdzie przez okręcenie się szypuły może nastąpić zupełne zaciśnięcie naczyń, dochodzących do nowotworu. Najczęściej tym sposobem następuje tylko częściowe wydzielenie się nowotworu, część bowiem dośrodkowa szypuły pozostaje; pozostała reszka może znów bujać i może wytworzyć nowy polip lub też, co nie jest rzadkiem, uleść zupełnemu zanikowi. Że takie wydzielenie się polipa na zewnątrz łatwiej nastąpi w tych przypadkach, w których nowotwór jest uszypułowany i szypuła do tego jest cienka, jest rzeczą zrozumiałą, gdyż tylko w tym przypadku może nastąpić okręcenie się nowotworu. Z drugiej strony im szypuła jest cieńsza, tem łatwiej wystąpią zaburzenia w odżywianiu nowotworu, gdyż cienka szypuła jest uboższa w naczynia. Przyczynę takiego okręcenia się szypuły zazwyczaj wykryć trudno, prawdopodobnie już nawet nieznaczna zmiana pozycji ciała może w wielu przypadkach wpływać na zmianę pozycji samego polipa. ZAUFAL, np., opisuje przypadek, gdzie chory w nocy, obudziwszy się ze snu, zauważył krwotok z ucha, a na poduszce znalazł polip.

Od przypadków, w których nastąpiło wydzielenie się polipa bez jakiegokolwiek z naszej strony interwencji, do tych przypadków, w których wydzielenie się polipa na zewnątrz nastąpiło po bardzo nieznacznych i łagodnych rękoczynach, przejście jest blizkie. Zdarzają się przypadki, w których już bar

dzo stosunkowo niewinna manipulacja za pomocą narzędzi lub nawet samo wypłukanie ucha wodą, powoduje oderwanie się polipa od podstawy i wydzielenie się tegoż. Dlatego też ma rację bytu propozycja POLITZER'a, by przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego przedewszystkiem ucho o ile możności silnie wystrykać, bo właśnie może się zdarzyć, że już za pomocą tego łagodnego zabiegu uda nam się nowotwór wydalić. Przypadki, w których następowało samoistne wydzielenie się polipa, lub w których takie wydzielenie się nastąpiło wskutek już niewinnych zabiegów, notowane są już bardzo dawno: obserwowali je SAISSY, TOYNBEE, KRAMAR, SCHWARTZE, GOTTSTEIN i inni.

Jakkolwiek, zdarzają się przypadki samoistnego wydzielenia się polipów usznych, to jednak w większości przypadków do usunięcia ich musimy użyć tego lub owego zabiegu.

Przechodząc do opisu sposobów, używanych do wydalania polipów usznych, wspomnieć musimy o sposobie CLARKE'go, obecnie nieużywanym, który polega na tem, że do miąższu guza wstrzykuje się roztwór *liquoris ferri sesquichlorati*. CLARKE opowiada o jednym przypadku, w którym po wstrzyknięciu paru kropel *liquoris ferri sesquichlorati* polip w 24 godziny wydzielił się w całości jako czarna masa. SONDERLING obserwował też przypadek, w którym wstrzyknięcie to miało dobry skutek. SONDERLING mówi, iż obserwował przypadek, w którym polip znikł w ciągu czterech dni po wstrzyknięciu *liquoris ferri sesquichlorati*. Przypadek, podany przez CLARKE'go, nie wzbudza wątpliwości; w przypadku tym polip po wstrzyknięciu *liquoris ferri sesquichlorati* w całości wydzielił się jako masa obumarła. Nie kwestyonując prawdziwości obserwacji SONDERLING'a co do skuteczności *liquoris ferri sesquichlorati*, opis SONDERLING'a wzbudza wątpliwość co do sposobu, w jaki tenże w tym przypadku działał. SONDERLING opisuje to w ten sposób, jak gdyby nowotwór uległ przemianom wstecznym i wessał się—rzecz trudna do przypuszczenia; przypuścić raczej wypada, że zachodzi błąd w obserwacji, że i tutaj nastąpiło wydzielenie się *in toto* obumarłego nowotworu; trudno bowiem sobie przedstawić, by w ciągu czterech dni nowotwór uległ takim przemianom wstecznym, któreby doprowadziły go w tak krótkim czasie do zupełnego zniknięcia. Działanie wogóle miąższowego wstrzykiwania możemy sobie tylko w ten sposób przedstawić, że albo tkanki, do których wstrzykujemy dany środek obumierają i jako ciało martwe zostają wydalone, albo że pod wpływem wstrzyknięcia wywiązuje się zapalenie reakcyjne, w którego następstwie rozwija się tkanka łączna. Postępując w ten sposób, możemy w niektórych przypadkach cały nowotwór zamienić w tkankę łączną i osiągnąć czasem, jeżeli nie zniknięcie zupełne, to przynajmniej większe lub mniejsze zmniejszenie się nowotworu. By w tak krótkim stosunkowo czasie, jak w przypadku SONDERLING'a, mogło nastąpić zupełne „zbliznowacenie” guza, jest rzeczą więcej niż wątpliwą. Wydzielenie się polipa po wstrzyknięciu *liquoris ferri sesquichlorati* obserwowali także URBANTSCHITSCH, MORPURGO i wielu innych.

Wszystkie sposoby, używane obecnie przy leczeniu polipów usznych, możemy podzielić na dwie grupy: mianowicie, na leczenie operacyj-

ne i na leczenie środkami farmakologicznymi. Rzadko jedynie w ciągu leczenia danego przypadku możemy ograniczyć się do jednego sposobu, zwykle używamy rozmaitych środków—jednocześnie lub jeden po drugim. [C. d. n.].

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO WARSZAWSKIEGO SZPITALA EWANGELICKIEGO.

### III. THROMBUS VAGINAE ET VULVAE.

Podał

**Fr. Neugebauer.**

— + —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 27].

Dawniej przy pęknięciu hematomatu tamponowano jamę jego watą, umieszczaną w roztworze *liquoris ferri sesquichlorati*, który podług dzisiejszych pojęć dla świeżych ran jest jadem, wywołując długotrwałe ropienie i t. d.—Głównie VINCENT ostrzega przed *liquor ferri sesquichlorati*, podczas gdy SPIEGELBERG jeszcze w roku 1878 ten środek zalecał. Bardzo ważnem jest postępowanie ściśle aseptyczne, o którym właściwie nie ma co wspominać, ponieważ jest ono dziś podstawą całego postępowania naszego. Jeśli hematoma nie pękł w przeciągu pierwszej chwili, to najlepiej na razie trzymać się terapii wyczekującej; skoro po kilku dniach albo hematoma się tak powiększy, że nie ma już co liczyć na wessanie się jego, albo też skoro zabarwienie skóry, gorączka i t. d. wskazują na początkujące ropienie lub jeśli zjawiają się objawy, wskazujące na to, że hematoma dąży do pęknięcia, początkującej zgorzeli skóry, błony śluzowej i t. d., nie zwlekamy z interwencją chirurgiczną, otwieramy guz przez szerokie nacięcie i postępujemy podług ogólnych zasad chirurgicznych z hematomatem. Skoro nie ma wskazania absolutnego do interwencji chirurgicznej, najlepiej przeczekać pierwsze kilka dni po porodzie. Z każdym dniem wyczekiwania zmniejsza się niebezpieczeństwo nowego krwawienia po nacięciu. Przy trwającym jeszcze krwawieniu najwięcej zalecano stosowanie zimna w postaci worka z lodem na srom, kolpeurynteru, wodą lodową napełnionego, do pochwy i t. d. również przykładają worek z lodem na krocze w miarę rozlania się krwisteku aż na nie. Dla zmniejszenia bólów stosujemy *larga manu* narkotyki. Pęcherz z lodem działa przez okłady, wstrzymuje dalsze krwawienie i przyspiesza skrzepnięcie krwi wynaczynionej oraz trombozę w naczyńiu uszkodzonym.

Poza tem wypada zabezpieczyć absolutny spokój chorej przez wygodne ułożenie jej, opróżnianie pęcherza i kiszki mechaniczne w razie potrzeby i t. d. Małe guzy, nawet aż do wielkości pięści dochodzące, wysysają się przy odpowiednim leczeniu wyczekującym, stosowaniu spokoju, okładów z wody gulardowej z dodatkiem 15-tu kropel *tincturae opii* na kwartę wody gulardowej, fomentacyi, czopków z *kalium jodatium*, *ichtyol*'em i t. d. Pędzlowania *collodium*'em wypada

unikać. HUGENBERGER radził każdy hematomat naciąć i opróżnić krwistek, większość autorów zaś dziś, tak jak v. WINCKEL, radzi trzymać się terapii wyczekującej, z wyjątkiem jedynie LOEHLEIN'a. Nacinamy hematomat dopiero, gdy albo bóle nadmierne zmuszają nas do tego, albo też gdy skórne powłoki już przyjęły koloryt sinawo-czarnawy, gdy skórne powłoki rozmiękle wskazują na to, że guz ma tendencję do pęknięcia, nareszcie, gdy guz jest tak wielki, że *eo ipso* nie mamy prawa spodziewania się samowolnego wessania, lecz wtedy również lepiej przeczekać przynajmniej przez pierwsze kilka dni po porodzie. Przy małym guzie, braku charakterystycznego zabarwienia powłok skórnych lub błony śluzowej pochwowej, przy niegrożącym jeszcze pęknięciu najlepiej nic nie robić, a pozostawić wysysanie krwisteku własnym siłom natury. Skoro nacięcie okaże się niezbędnem, wypada je dokonać w miejscu najwięcej się wypuklającym i jak najniżej położonem i jeśli chodzi o wargę sromową większą, to na wewnętrznej jej powierzchni. W każdym zresztą przypadku wypada stosować się do okoliczności, czyli indywidualizować.

Kazuistyka *thrombus vaginae et vulvae* w piśmiennictwie naszym jest bardzo niebogata. Zaledwie kilka artykułów kazuistycznych znalazłem w prasie nowszej. Kolega WARSZAWSKI opisał w roku 1892 w Gazecie Lekarskiej [№ 41] jedno spostrzeżenie z oddziału ginekologicznego kolegi ROSENTHALA: „*Haematoma vulvae et vaginae, morbus maculosus Werlhoffii*“ [patrz również po niemiecku: Centralblatt für Gynaekologie 1893 № 9]. Jest to przypadek, o którym już poprzednio wspominałem.

Prócz tego kolega WARSZAWSKI zakomunikował mi ustnie drugie spostrzeżenie własne [1893]. Pierwiastka podczas dętych bólów doznawała silnego bólu w okolicy sromu, poczem nastąpiło silne obrzmienie lewej wargi sromowej większej. Guz wargi utrudniał wprowadzenie palca do pochwy. Ponieważ dalsze wyczekiwanie okazało się niebezpiecznem dla dziecka, kolega W. dokonał wyjęcia kleszczami, przyczem obrzmała warga sromowa większa i urwała się w podstawie swojej powyżej krocza. Nastąpił silny krwotok, zatrzymany uciskiem. Chora pomimo dwutygodniowej gorączki przy odpowiednich opatrunkach wyzdrowiała.

Jedno spostrzeżenie kolegi RUBINSTEINA zreferowane jest w Pamiętniku Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. 1887. Tom LXXXIII str. 64. Sprawozdanie z przytulku położniczego № 5 za pierwsze 30 miesięcy str. 34—93 *resp.* str. 64. „*Haematoma vaginae*“ u II-*parae* o lekko zwężonej miednicy: poród trwał 38 godzin i 40 minut i ukończony został *sponte* po przerwaniu sztucznem błon jaja płodowego. W dwie godziny po porodzie powstał krwotok tak silny, że wywołał ostrą anemię. Wytworzył się wtedy guz, sterzący w otworze sromowym, chełboczący, barwy brunatnej. Guz znajdował się na tylnej ścianie pochwy i wypełniał jej światło. Cała ręka wprowadzona do pochwy nie była w stanie dosięgnąć górnej granicy guza, pokrytego błoną śluzową pochwy. Podczas badania śpójności guza palcem, guz pęka, wycieka przez otwór ciecz mazista, barwy ciemnokrwistej, palec zaś, wprowadzony do jamy guza, napotyka wszędzie świeże skrzepy krwi, przylegające ze wszech stron do ścian jamy. Po przepłukaniu jamy rozczytnem 3%-ym kwasu karbo-

lowego i usunięciu części skrzepów, jamę guza wytamponowano. Teraz łatwiej można już było zorientować się w pochwie i zauważono wylew krwi podśluzowy na tylnej ścianie pochwy po prawej jej stronie. Chora po dwutygodniowej silnej gorączce wyzdrowiała, jama po krwisteku zamykała się powoli przy odpowiednim leczeniu, czysto chirurgicznym. W tym to przypadku *post partum* wymacano włókniak podsurowiczy macicy.

Kolega HUZARSKI [„Zakrzep, czyli guz krwisty wargi sromowej większej prawej, powstały podczas porodu“. *Gazeta Lekarska* 1885, str. 638—641] był wezwany do położnicy 24-letniej ponieważ w godzinę po porodzie nagle wyskoczył guz na częściach rodnym położnicy. Cały poród drugi zrzędu i samowolny, trwał godzinę przy bardzo silnych bólach. Wargę sromową prawa wielka przedstawiała guz wielkości główki noworodka o kolorze przeważnie ciemno-fioletowym, guz był bardzo bolesny na ucisk i dotyk. Guz wypukłał się tak poza linię pośrodkową ciała, że zakrywał wejście do pochwy. Anemia, tętno 100 uderzeń na minutę, ból głowy, stan bezgorączkowy. Chorą z polecenia kolegi HUZARSKIEGO przewieziono do szpitala Starozakonnym, gdzie na razie inny lekarz dokonał szeregu nakłuć czyli skaryfikacji guza. Zastosowano leczenie wyczekujące przy okładach zimnych i podawaniu narkotyków. Po kilku dniach wystąpiła tu i owdzie na powłokach guza zgorzel z gorączką. Kolega HUZARSKI przez jeden z otworów w miejscu zgorzelinowem wprowadził palec do jamy krwistekiem napełnionej, wygarnął wszystkie skrzepy krwi, oczyścił jamę, wypłukał, wytamponował i traktował ją dalej jak ropień. Chora wyzdrowiała.

Kolega CZESŁAW STANKIEWICZ [*Czasopismo Lekarskie* 1899 str. 475] na posiedzeniu Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego zakomunikował przypadek śmierci podczas porodu z powodu krwiaka wargi sromowej większej. U 36-letniej kobiety rozpoczął się siódmy poród dnia 28. IX. 1899. Nazajutrz z powodu nieposuwania się główki, lekarz nałożył kleszcze, lecz daremnie starał się wydobyć główkę. Przy zdejmowaniu łyżek—z wargi lewej większej sromowej, na której oddawna istniały żyłaki, trysła krew szalonym strumieniem. Okłucie nie pomaga, dopiero ułożenie chorej na bok tak, iż wargi większe przylegają do siebie, zatrzymuje krwawienie. W cztery godzin potem został wezwany kolega STANKIEWICZ. Po ułożeniu chorej poprzecznie na łóżku, widać na miejscu lewej wargi sromowej większej guz siny, wielkości pięści, chełboczący i zamykający dostęp do pochwy. Z miejsc okłucia krwawi żywym strumieniem. Przy próbie ponownego okłucia—toż samo. Szybkie przecięcie guza wzdłuż na przestrzeni 8 ctm., wydobyć skrzepów z jamy, mającej wielkość dwóch pięści. Na tylnej powierzchni u góry widać splot żylny obficie krwawiący. Tamponada gazą wyjałowioną zwalcza krwawienie. Atoli rodząca, w stanie wybitnej anemii, słabnie coraz bardziej, oddech staje się powierzchownym wreszcie znika. Śmierć! Na trupie nałożono kleszcze, wydobyto dziecko nieżywe i wydobyto ręką łożysko. Może byłoby udało się uratować chorą, gdyby już po pierwszej nieudanej próbie kleszczowej lekarz poświęcił życie dziecka matce i dokonał natychmiast przedziurawienia czaszki i wyjęcia. Utrata krwi była wtedy jeszcze



nie tak znaczną jak w cztery godziny później; kwestyą jest jednak, czy wtenczas gdy lekarz pierwszy wezwany próbował wyjęcia kleszczowego były już warunki po temu, aby rozpoznać niebezpieczeństwo *in mora* matce grożące, bo nieraz łatwiej o teoretyczną radę *post factum* niż o trafne rozpoznanie w trakcie, akcyi bojowej.

Osobiście zaledwie kilka razy miałem do czynienia z krwiakiem sromu lub pochwowym. Dnia 2. II. 1899 podczas bytności u chorej w Piotrkowie byłem przez jednego z kolegów wezwany do innej chorej, która dnia poprzedniego rodziła przy drgawkach żywe dziecko przy pomocy kleszczy. Chorą zastałem w stanie beznadziejnym — z powodu anemii kolosalnej oraz zakażenia septycznego. Ciepłota 40,0° C., tętno niewymagalne, *haemoptoe*; prócz tejże zauważyliśmy na konsylium wylew krwi podskórny powyżej jednego kolana, oraz mnogie petechie rozlane na całej powierzchni ciała i znacznych rozmiarów hematomat tylnej ściany pochwy, wytłaczający się z otworu pochwy. Na ścianie tylnej i bocznej pochwy istniało kilka naddarć znaczniejszych. Kobieta była krzywicową, bardzo niskiego wzrostu, kończyny były znacznie obrzękłe, również jak i narządy płciowe zewnętrzne. Rozpoznaliśmy hemofilię. Chora, pomimo stosowania hypodermatoklizy rozczynek fizyologicznym soli kuchennej i stosowania *larga manu* środków analeptycznych, kofeiny, eteru, kamfory i t. p. wkrótce zmarła, jak to było przewidziane przez lekarzy. O przecinaniu krwiaka, powyżej wymienionego, nie było co mówić, chora byłaby zmarła pod ręką operatora z krwotoku.

Dnia 10. II. 1901 zapisała się na oddział ginekologiczny szpitala Ewangielickiego 40-letnia od 20-tu lat zamężna pani L. K. Chora rodziła 11 razy, ostatnie dziecko w pośladowym położeniu nieżywe, trzy tygodnie temu. W wigilię rozwiązania chorej wezwany był do niej kolega JANCZEWSKI, który zauważył cokolwiek przedwczesne odejście wód i położenie pośladowe i radził czekać. Rzeczywiście też chora nazajutrz urodziła *sponte*, lecz w kilka godzin po porodzie wezwała ponownie kolegę JANCZEWSKIEGO wskutek nagłego powstania guza w sromie i silnych boleści w narządach płciowych zewnętrznych [wszystkie poprzednie porody odbyły się *sponte*, jedno poronienie, 5-ro dzieci żyje]. Kolega JANCZEWSKI zauważył wylew krwi do wewnątrz mięszu lewej wargi sromowej większej. Guz miał wielkość główki noworodka. Na razie zastosował on pęcherz z lodem i narkotyki i radził chorej zapisać się do szpitala, skoro tylko okaże się miejsce wolne. Chora dopiero po trzech tygodniach zapisała się na oddział mój w stanie bezgorączkowym. Guz miał wtedy wielkość niespełna pięści dorosłego mężczyzny, powłoki skórne były sinawo-szarawe, na dwóch trzecich obwodu guza wymacano chęłbotanie. Bolesność przy dotyku była niewielka. Ogólny stan zdrowia dobry, *mictio voluntaria*.

Ponieważ wobec zabarwienia powłoki skórnej prędzej można było się obawiać zropienia zawartości guza niż swodziewać się wessania, postanowiono guz opróżnić, czego też dokonał kolega JANCZEWSKI pod narkozą. Przecięto powłoki guza na stronie dośrodkowej wargi sromowej większej cięciem długim, podłużnym, wydobyto wiele skrzepów i opróżniono krew czarną płynną, jamę wypłukano roztworem sublimatu i wytarto jodyną, traktując ją

tamponacją w następstwie jak zwyczajny ropień; jama po krwistek obliterowała szybko bez gorączki i chora wkrótce wypisała się ze szpitala. Przy badaniu palcem jamy pokrwisteku zauważyłem zwężającą się znacznie ku górze, lejkowatą odnogę jamy, sięgającą ku górze w kierunku ku kanałowi pachwinowemu.

W pierwszym z tych dwóch przypadków przypisuję pewne znaczenie hemofilii, tem bardziej, że i inni autorowie zaznaczyli powstawanie takich krwiaków przy hemofilii, jak poprzednio przytoczyłem. Przypadek powstania wielkiego krwiaka jednej wargi sromowej większej wskutek urazu w pierwszej nocy poślubnej opisałem w roku 1898 w *Medycynie* w pracy: „*Venus cruenta, interdum mutilans, interdum occidens*. Przyczynek do nauki o urazach narządów moczopłciowych kobiecych *sub coitu*” [150 spostrzeżeń]—[patrz pierwsze z moich własnych spostrzeżeń].

Przypadek ten przytaczam *in extenso*. Dnia 29 grudnia 1897 o godzinie drugiej po południu zostałem wezwany przez kolegę GOLDBERGA na miasto do chorej, u której stwierdziłem krwawienie pochodzenia urazowego *post primum noctem nuptialem*. 16-letnia chora krzywica o niezupełnym jeszcze rozwoju narządów płciowych wyszła za mąż. Niedokrwiłość, krzywica oraz *hypoplasia organorum sexualium*. W nocy o godzinie trzeciej oraz w pół godziny później po uczcie poślubnej miały miejsce dwie kohabitacje, z których druga była połączona z silnym bólem dla małżonki oraz z następczem silnem krwawieniem. Krwawienie to trwa do tej chwili, czyli, ponieważ wezwany zostałem o godzinie drugiej po południu—blisko 12 godzin. Rozpatrzywszy się dokładnie co do stanu narządów płciowych po doszczętnem obmyciu ich, usunięciu skrzepów krwi i t. d., przekonałem się, że potrzebną będzie pomoc operacyjna celem zatrzymania krwotoku i zażądałem przewiezienia chorej do szpitala Ewangelickiego do oddziału chorób kobiecych, mnie powierzonego. Lewa strona sromu w stanie prawidłowym, *hymen intactus*. Prawe *labium pudendi majus* przedstawia się natomiast w kształcie guza o ciemno-sinawej powierzchni, wielkości pięści oraz okazuje się hełboczącem: *Haematoma labii pudendi majoris dextri*. Tuż poniżej osady wargi sromowej mniejszej prawej znalazłem ranę o poszarpanych brzegach, krwią infiltrowanych i obrzękłych, wysokości około czterech centymetrów, a po rozciągnięciu brzegów jej do 2-ch lub 3-ch centymetrów szeroką. Wargę ta wpuszcza palec do jamy, wewnątrz wypełnionej skrzepami krwi. Wargę mniejszą sromową prawa nadzwyczaj obrzękłą; palec przez ranę wprowadzony przenika do hematomu wargi sromowej większej prawej oraz do kanału w tkance łącznej obok pochwy położonego i u góry ślepo zakończonego. Do kanału tego, pochodzenia urazowego, wskaziciel wchodzi blisko na dwa cale głębokości.

Po oczyszczeniu legowiska krwotoku ze skrzepów, po wymyciu i t. d., na razie wytamponowałem ranę oraz jamę *in labio pudendi majori dextro* jako też ów kanał nowopowstały w tkance łącznej parawaginalnej szczelnie gazą wyjałowioną, sądząc, że to będzie dostateczne do opanowania krwawienia; niestety jednak, wkrótce zostałem ponownie do szpitala wezwany przez asystenta mego, ś. p. KAZIMIERZA KRAKOWA z powodu ponownego krwawienia.

Nie pozostało mi nic innego, jak pod narkozą rozłupać całą wargę sromową większą prawą i zatamować krwotok parenchymatyczny obkluwaniem, przy czem z każdego miejsca obklucia igłą coraz to więcej krwawiło. Operacja ta odbyła się dnia 29 grudnia o godzinie 8-ej wieczorem. Chora wbrew mojej radzie wypisała się już 1-go stycznia ze szpitala, żądając aby ją odwiedzano w domu i tamże leczenie ukończono. Po kilku dniach nastąpiło w domu u niej ponowne krwawienie, które zatrzymało się dopiero po energicznej tamponacyi, dokonanej sposobem tak zwanej kolumnizacyi. Z jakiego powodu, nastąpił ten ponowny krwotok, tego powiedzieć nie mogę, sądzę jednak że musiały być po temu przyczyny, może nie tyle od samej chorej, jak od męża zależne. Chora wyzdrowiała bez powikłania prócz anemii, wywołanej pierwotną utratą krwi w przeciągu 12-tu godzin. Dopiero po wyjściu chorej ze szpitala dowiedziałem się od krewnych pacjentki, że chora miała być dotkniętą hemofilią i że już dawniej raz nie mało strachu napędziła dentyście po wyrwaniu zęba wobec krwotoku, który zdołano zaledwie z trudem opanować.

Za przyczynę urazu w danym przypadku uważam głównie to, że młoda mężatka była jeszcze niedostatecznie fizycznie rozwinięta, czyniła albowiem jeszcze wrażenie dziecka, gdy mąż budowy silnej nie oszczędzał jej. Charakter uszkodzenia był tego rodzaju, że mąż utorował sobie, gwałtownie postępując, „*fausse route*“ wobec ciasnoty szpary sromowej. Błona dziewicza pozostała nienaruszoną, natomiast powstała rana wewnętrznej powierzchni wargi sromowej mniejszej, a wskutek nacierania prącia na ranę raz powstała, prącie wdrążyło do tkanki samej wargi sromowej oraz do tkanki parawaginalnej aż na kilka centymetrów głębokości. Przypuszczam, że pod wpływem bólu i strachu młoda mężatka leżąc na grzbiecie usunęła się pośladkami wlewo; gdy mąż działał w kierunku pionowym, musiał więc natrafić na prawostronne tkanki boczne sromu zamiast na otwór *hymenis* w linii pośrodkowej ciała położony. O ile z wywiadów się uwidocznilo, mąż stanowczo przeczy, jakoby rana mogła powstać wskutek działania jego palców. Mojem zatem zdaniem, spółkowanie prawidłowe mogło być utrudnione w danym przypadku wobec niedostatecznego rozwoju fizycznego młodej mężatki, lecz nie objaśnia to powstania urazu samo przez się. Uraz *extra orificium hymenis et vaginae in latere dextro vulvae* powstał wskutek cofania się mężatki całą miednicą ku stronie lewej. W dodatku w rachubę wchodzi i namiętność męża, który *à tout prix* chciał dopiąć *immisionis penis*.

W kazuistyce przeze mnie ongi zestawionej 150-iu przypadków urazów narządów moczopłciowych kobiecych zewnętrznych *sub coitu*, rzeczywiście zauważyłem przewagę bardzo znaczną urazów prawostronnych nad urazami lewostronnymi. Tak samo i w przypadku MECKERTSCHIANZ'a, najwięcej podobnem do mego spostrzeżenia, powstał hematoma prawej wielkiej wargi sromowej wskutek urazu *sub coitu*.

O wiele mniej niebezpiecznymi są *haematomata vulvae, vaginae* i t. p., powstające po urazie u nieciążarnych kobiet, niż krwiaki takie, śródmiaższkowe wylewy krwi, powstające u ciężarnych, gdzie rokowanie zależy głównie od siedziby krwawienia i obfitości jego oraz okresu ciąży; ważniejszymi są krwiaki,

wytwarzające lub zdradzające się dopiero *post partum*, najpoważniejszym zaś niebezpieczeństwem grożą hematomy, powstałe przed urodzeniem się dziecka, *resp.* pomiędzy urodzeniem się pierwszego i drugiego dziecka przy ciąży bliźniętami. Co prawda, przypadki te są rzadkie, a jednak każdemu akuszerowi w każdej chwili przytrafić się mogą! Leży w tem pewna przestroga, aby udając się do rodzącej zabrać nie tylko kleszcze np. jak to często w praktyce się widuje, lecz na wszelki wypadek i całe *armamentarium* położniczo-chirurgiczno-terapeutyczne, którego brak w danej chwili—*hic et nunc*—może nieraz mieć następstwa fatalne dla rodzącej. Uwaga ta szczególniej powinna być uwzględnianą w praktyce prowincjonalnej. „Zeit verloren—Alles verloren“! W razie krwotoku *sub partu*, ileż to znaczy każda minuta niewyzyskanego czasu!

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

— EDG —

Posiedzenie z dnia 30. IV. 1901 r.

1) **CETNAROWICZ** przedstawił 5-letniego chłopca i 7-letnią dziewczynkę [rodzeństwo], dotkniętych wrodzonym zwicznieniem soczewki (*ectopia lentis*).

2) **ORŁOWSKI STANISŁAW** przedstawił chorego, który otrzymał długim wazkim nożem cios w okolicę karku w chwili, gdy głowę miał mocno pochyloną naprzód. Nóż przebił mięśnie, błonę zasłanową tylną i przez dziurę potylicową wielką przeniknął wewnątrz czaszki, gdzie sądząc z objawów, wdrążył się w istotę mostu Varola. Zaburzenia ze strony układu nerwowego chory przedstawiał następujące: porażenie wszystkich gałęzi prawego nerwu twarzowego, niedowład prawego nerwu odwodzącego, obniżenie czucia skórniego w dziedzinie prawego nerwu trójdzielnego, szczególniej pierwszej jego gałęzi, zupełna głuchota na prawe ucho, dążność do padania w stronę prawą, niedowład lewych kończyn, w prawych pewien stopień bezładu, obniżenie czucia skórniego na lewych kończynach i lewej połowie tułowia.

3) **MAZURKIEWICZ** przedstawił przypadek obwodowego porażenia nerwu twarzowego z zanikiem twarzy i z zaburzeniami odżywczymi po stronie porażonej. Zaburzenia odżywcze zjawyły się w trzy miesiące po wystąpieniu porażenia w postaci różnej wielkości wrzodziańek, podobnych do zwykłej furunkulozy.

4) **KOZERSKI** przedstawił przypadek akromegalii u 34-letniego mężczyzny. Chory od dzieciństwa cierpiał na silne bóle głowy, które ustąpiły 15 lat temu. Wtedy zaczęły się pojawiać pierwsze objawy choroby, która w obecnej chwili przedstawia następujące zmiany: znaczne powiększenie konturów rąk i nóg, silne zgrubienie fałd pionowych i poprzecznych czoła, zgrubienie górnych powiek, jak również owłosionej skóry głowy, układającej się w podłużne fałdy grubości małego palca. Skóra na częściach czoła zmienionych jest galaretowato miękka, sinawa, zawsze pokryta potem. Zdjęcia rentgenograficzne wykazały znacznie większą zbitość pod okostną kości palców rąk i nóg. Młodszy brat chorego zdradza również objawy tej samej choroby.

5) **NATANSON** przedstawił macicę, wyłuszczoną u 40-letniej kobiety z powodu raka trzonu macicy. Guz, wielkości sliwki, wychodził z tylnej ściany macicy i sterczał ku jamie zupełnie swobodnie; owrzodzeń na guzie nie było żadnych; w pobliżu guza istniało kilka guziczków.

6) **RYCHLIŃSKI** i **ŁAPIŃSKI** przedstawili szereg preparatów drobnowidzowych z układu nerwowego, zabarwionych metodą własną, przedstawiającą

modyfikację metody WEIGERT'a. Metoda polega na utrwaleniu kawałków tkanki nerwowej w 5%-ym roztworze formolu, na barwieniu skrawków w słabym wodnym roztworze hematoksyliny i następnym ługowaniu w sodzie [2%]. ŁAPIŃSKI skrawki, barwione w hematoksylinie przenosi na 24 godziny do nasyconego roztworu octanu miedzi. Wszystkie te procedury odbywają się szybko, tak że w ciągu kilku dni po wzięciu kawałków mózgu do badania, można otrzymać wydatne zabarwienie włókien myelinowych.

FLATAU wykazuje, że powyżej podana modyfikacja R. i Ł. nową, pod względem przyspieszania terminu barwienia, nie jest, gdyż już w r. 1895 MARCUS, a w r. 1897 MARINA i GUDDEN ogłosili swoje metody, z których ostatnia pozwala na otrzymywanie zabarwienia WEIGERT'owskiego w ciągu 10-ciu godzin.

RYCHLIŃSKI w odpowiedzi zaznacza, że dobrych preparatów, barwionych temi metodami, nie otrzymywał.

7) STEINHAUS wypowiedział rzecz p. t.: „O mieszanych nowotworach gruczołu podszczękowego“. Nakreśliwszy przebieg kliniczny, wygląd makroskopowy i budowę histologiczną guzów mieszanych ślinianek wogóle, a gruczołu podszczękowego w szczególności, St. przechodzi następnie do rozbioru poglądów w kwestyi powstawania tych guzów. Prelegent podziela pogląd tych autorów, którzy twierdzą, że omawiane nowotwory stanowią twór śródbłonkowy [a nie nabłonkowy] i że początek im dają wyłącznie prawie śródbłonki naczyń limfatycznych. Prelegent sądzi, że ten pogląd daje się również połączyć z teorią COHNHEIM'a [a nie tylko pogląd na pochodzenie nabłonkowe tych nowotworów, jak twierdzą niektórzy], według której punktem wyjścia dla rozwoju nowotworów mieszanych są zaczątkowe komórki embryonalne.

BRODOWSKI, zgadzając się z prelegentem, że nowotwory ślinianek najczęściej są mieszane i że nierzadko główną składową ich częścią są twory śródbłonkowe, zwraca uwagę na to, że tworom takim dają początek nie tylko śródbłonki naczyń limfatycznych, lecz że zdolności do takiego zapoczątkowania nie należy odmawiać i naczynom krwionośnym. Zdaniem B. nie należy również odmawiać czynnego udziału w powstawaniu omawianych nowotworów wchodzącej w skład ślinianek tkance łącznej a nawet nabłonkowej. Br. wątpi również, ażeby twory śródbłonkowe w badanych przez prelegenta guzach ulegały przemianie śluzowej, którą łatwo mieszać ze szklistą, śluz bowiem wytwarza się tylko w komórkach nabłonkowych, w tworach zaś łączno-tkankowych [a do nich należą i śródbłonkowe] przemianie śluzowej ulega substancja międzykomórkowa, a komórki, uciskane przez pęczniejącą substancję międzykomórkową, ulegają zanikowi.

STEINHAUS w odpowiedzi zaznacza, że w przypadkach jego udowodnić pochodzenie miąższu nowotworów z śródbłonka naczyń krwionośnych nie sposób było; teoretycznie wykluczyć go nie można. Zwyródnienie, któremu, zdaniem prelegenta, w przypadkach jego ulegały komórki miąższu nowotworów, nie było czystym śluzowem, ani też czystym szklistem, lecz czemś pośrednim (*degeneration muco-hyaline* francuzów), któremu może podlegać zarówno substancja międzykomórkowa, jak i komórki łączno-tkankowe *resp.* śródbłonkowe.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 77. I. Lauper. W sprawie gruźlicy otrzewnej.

W ciągu ostatnich 6-ciu lat L. miał w kuracji 22 przypadki gruźlicy otrzewnej, z pośród których 14 poddano operacji przy pomocy cięcia brzuszno-ego. Wnioski jego w tej sprawie są następujące:



Kobiety zapadają częściej, aniżeli mężczyźni; przyczyny tego należy szukać w cierpieniu narządów płciowych wewnętrznych [jajowodów i jajników], które stanowią pierwotne ognisko zarazy. Wiek waha się między 15 a 45 rokiem życia, najczęściej zaś między 25 a 30 rokiem. Dziedziczność daje się stwierdzić w 40% ogólnej sumy. Co się tyczy przebiegu, to przedewszystkiem zaznaczyć należy okres zwiastunów, trwający od ½ roku do lat dziesięciu, choć w podręcznikach podawany jest przeważnie na kilka miesięcy. Mamy tu cały szereg skarg subiektywnych, jako to: brak łaknienia, uczucie pełności i bóle przemijające w brzuchu, nieprawidłowości wypróżnień i t. p. Po tem wszystkiem przeważnie nagle następuje znaczne pogorszenie, a więc silne bóle w okolicy pępka, podniesienie ciepłoty, wymioty, zatrzymanie moczu. Czasami umiejscowienie bólu jest bardzo niewyraźne; niektórzy chorzy skarżą się na bóle w kończynach dolnych. Stąd widać, że zdania dawniejszych autorów, jakoby gruźlica otrzewnej była chorobą niebolesną, pozbawione jest wszelkich słusznych podstaw. U kobiet występują zaburzenia miesiączkowania, którym towarzyszą bóle ciągnące w krzyżu, a nieraz i następce upławy.

Powoli chorzy zaczynają zwracać uwagę na powiększenie objętości brzucha.

Objektywnie znajdujemy: niedokrwistość [prawie zawsze], wychudnienie, podniesienie ciepłoty przeważnie nieznaczne [wysoką gorączkę przyjęto uważać za objaw, dający złe rokowanie; L. o swych chorych tego powiedzieć nie może]. W przeważającej liczbie przypadków daje się stwierdzić płyn w jamie otrzewnej, czasami zupełnie ruchomy. Guzy wyczuwał L. w 8-iu swych przypadkach. Objawy niedrożności kiszki miał w 9-iu przypadkach; cechowały się one zatrzymaniem wypróżnień i wiatrów, miejscowem wzdęciem brzucha i wymiotami. Bardzo ważne wskazówki rozpoznawcze daje badanie przez pochwę: częstokroć odnajdujemy nieruchomość macicy, wypełnienie DOUGLAS'a i cierpienie przydatków, przedewszystkiem zaś jajowodów. W 45% daje się odnaleźć zmiany gruźlicze w innych narządach, jako to: nacieczenie wierzchołków płucnych, zrosty opłucnej i t. p. Obecność laseczników KOCH'a stwierdził L. tylko w jednym przypadku. Z pośród 14-tu operowanych u 10-iu przebieg dobry [zupełne wyzdrowienie, trwające w 7-iu przypadkach już więcej niż 4 lata].

Operacja polegała na doszczętnem usuwaniu płynu, rozrywaniu zrostów i — na co L. kładzie szczególny nacisk — wycinaniu, o ile się dało, tych miejsc, które można było z wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć za pierwotne źródło zarazy otrzewnej; stosuje się to przedewszystkiem do dotkniętych gruźlicą jajowodów i jajników.

Oczywiście po operacji należy dać choremu możliwie dobre warunki higieniczne, a nawet leczyć wewnątrznie, podając systematycznie kreozot w małych dawkach.

Rana cięcia brzuszego bardzo łatwo daje rychłozrost.

(*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 59. Z. 3 i 4. 1900 r.). E. Lewenstern.

### 78. A. Neumann. Przyczynek do leczenia chirurgicznego rozszerzenia żołądka przy skurczu odźwiernika (*pylorospasmus*) i przy nadkwaśności żołądka.

Autor rozpatruje znacznie gastroenterostomii i wskazania do tej operacji w przypadkach rozszerzenia żołądka przy skurczu odźwiernika. W przeciągu ostatniego 1½ roku ogłoszono 7 przypadków wrzodu peptycznego, powstałego jako powikłanie po gastroenterostomii w sąsiedztwie miejsca połączenia żołądka z kiszka. Ósmym z kolei jest przypadek, spostrzegany przez autora. Młody 24-letni chory przybył z objawami rozszerzenia i nadkwaśności żołądka, uskarżając się przytem na bóle w okolicy odźwiernika, odbijania i nudności. Rozpoznanie wahało się pomiędzy zwężeniem odźwiernika na tle przebytego wrzodu i zwężeniem tegoż jako następstwem chronicznego zapalenia oraz nadkwaśności żołądka. Gdy leczenie wewnętrzne pozostało bez skutku, prof.

HAHN przystąpił do gastroenterostomii sposobem WÖLFLEA'a. Po zabiegu wystąpiły objawy t. zw. *circulus vitiosus*, co zniewoliło HAHN'a do wykonania enteroanastomozy t. j. połączenia pomiędzy doprowadzającym a odprowadzającym odcinkiem jelita. Na razie wynik otrzymano dobry, jednak już w parę miesięcy potem chory powrócił z poprzednimi objawami choroby, a przytem z bolesnym guzem wielkości pomarańczy w okolicy gastroenteroanastomozy. Rozpoznano wrzód żołądka, zrosnięty z powłokami brzuszными i przystąpiono do operacji. Guz rozcięto, a ponieważ wykryto w nim przetokę, idącą w postaci lejka do żołądka, wyskrobano ją i w 3 tygodnie doprowadzono do zagojenia. W kilka miesięcy potem wystąpiły tak silne bóle w okolicy żołądka, że chory nie mógł chodzić w pozycji wyprostowanej. Wykonano znowu laparotomię, podczas której okazało się, że w jelicie odprowadzającym i doprowadzającym bezpośrednio przy samym otworze w żołądku znajduje się wrzód, zrosnięty z powłokami brzuszными. Wrzód wycięto, otwór w jelicie zaszyto a chory po 7 tygodniach opuścił szpital. Po upływie  $\frac{1}{2}$  roku w bliźnie utworzyła się przetoka, przez którą zawartość żołądka poczęła się wylewać na zewnątrz. Wówczas prof. HAHN zamknął przetokę po okrwawieniu jej brzegów za pomocą płata skórniego na nóżce, odwróciwszy go skórą ku wnętrzu żołądka. Sposób ten jednak nie okazał się praktycznym, gdyż po kilkunastu dniach płat do połowy uległ strawieniu, a całe prawie pożywienie chorego wylewało się na zewnątrz. Nie pozostało zatem nic innego jak wykonać jeszcze raz laparotomię. Tym razem po wycięciu blizny wraz z przetoką i oddzieleniu zrostów z wątrobą, [przytem część tego narządu musiano rezekować], utworzył się spory otwór w żołądku nieco powyżej gastroenteroanastomozy. Ponieważ odźwierek przepuszczał swobodnie palec wskazujący, z drugiej zaś strony enteroanastomoza pomiędzy doprowadzającym i odprowadzającym jelitem istniała w stanie prawidłowym, operujący postanowił zupełnie usunąć gastroenteroanastomozę. Zamiar ten uskutecznił w ten sposób, że jelito powyżej enteroanastomozy rezekowano, światło pętli doprowadzającej i odprowadzającej zaszyto oddzielnie, otwór zaś cały w ścianie żołądka po usunięciu jelita zamknięto szczelnie szwem. Chory wyzdrowiał i w 12 tygodni po operacji na dolegliwości żadne nie uskarżał się. Cały ten przypadek, pełen ciężkich powikłań klinicznych z powodu wrzodu peptycznego, doprowadził autora do wniosku następującego: jeśli mamy do czynienia z zaburzeniem czynnościowym żołądka, zależnem od skurczu odźwiernika i nadmiernego wydzielania kwasu solnego, nie należy się zbytnio spieszyć z wykonaniem gastroenterostomii. Bardziej racjonalnym zabiegiem w przypadkach tego rodzaju powinny być jejunostomia, dzięki której czynność żołądka i odźwiernika staje się niemal zupełnie wykluczoną. Jeśli pomimo to po pewnym czasie drożność odźwiernika nie wraca, wówczas dopiero należy zdecydować się na wykonanie gastroenterostomii lub pyloroplastyki.

(D. Zeitschr. f. Chir. T. 58. Z. 3 i 4).

L. Zembrzuski.

### 79. C. Brunner. Przyczynek do chirurgicznego leczenia skurczu odźwiernika i nadmiernego wydzielania kwasu solnego (*hyperchlorhydria*).

DOYEN oraz CARLE i FANTINO zaczęli stosować ostatnimi czasy leczenie operacyjne w przypadkach skurczowego zwężenia odźwiernika bez dostrzegalnych przytem zmian anatomicznych w ścianie żołądka. Stanowi temu towarzyszą zwykle objawy następujące: zgaga, odbijanie, bóle żołądka, wymioty, rozszerzenie żołądka i stale zwiększone wydzielanie kwasu solnego, czyli t. zw. *hyperchlorhydria*.

Autor przytacza bardzo szczegółowy opis przypadku analogicznego, który miał możność spostrzegać i leczyć osobiście. 32-letnia kobieta, przybyła do szpitala z objawami rozszerzenia żołądka i nadmiernego wydzielania kwasu solnego; przytem uskarżała się na bóle w dołku, nudności, wymioty, wzmo-

żone pragnienie, bóle i zawroty głowy. Po zastosowaniu leczenia wewnętrznego, mającego na celu zwalczanie nadkwaśności oraz po płukaniach żołądka, chora ze znaczną poprawą opuściła szpital. W parę miesięcy później zgłosiła się znowu, uskarżając się na te same co i poprzednio dolegliwości. Po przeprowadzeniu ponownej kuracji, w stanie chorej nastąpiła poprawa, lecz znowu nie na długo, gdyż niespełna w  $\frac{1}{2}$  roku potem przybyła do szpitala po raz trzeci. I tym razem stwierdzono: wzmożone wydzielanie kwasu solnego, silne bóle żołądkowe i rozszerzenie żołądka, częste wymioty, a prócz tego wystąpiła niezmiernie nadczułość. Tym razem pobyt chorej w szpitalu nie doprowadził do znacznej poprawy zdrowia.

Wobec powyższych danych rozpoznanie wahało się pomiędzy wrzodem żołądka a nadkwaśnością (*superaciditas*) na tle nerwowym z przewagą na stronę tej drugiej. Ponieważ leczenie wewnętrzne okazało się bezskutecznym, autor postanowił wykonać u chorej gastroenterostomię, jak to właśnie zalecają DOYEN, CARLE, FANTINO i inni. Po otwarciu jamy brzusznej zauważono, że część odźwiernikowa żołądka poczęła nagle wykonywać ruch robaczkowy i kurczyć się z taką siłą, że przy dotyku czyniła wrażenie deski. Zwężenia zaś organicznego w okolicy odźwiernika nie wykryto. Gastroenterostomię wykonano podług HACKER'a w części żołądka nie ulegającej opisanemu skurczowi. Po zabiegu nastąpiła poprawa w stanie chorej tylko pod tym względem, że ilość wydzielanego kwasu zmniejszyła się znakomicie, wszystkie jednak inne objawy powróciły wkrótce z dawną mocą. Dopiero zastosowanie leczenia układu nerwowego oraz sugestji doprowadziło zdrowie chorej do względnej równowagi.

Ścisłe spostrzeganie przypadku powyższego nasunęło autorowi na myśl dwa pytania. Po pierwsze, co jest zjawiskiem pierwotnym: czy skurcz odźwiernika, czy też wzmożone wydzielanie kwasu solnego albo też odwrotnie [jak sądzą EWALD i HAYEM] i powtóre, o ile w przypadkach tego rodzaju gastroenterostomia wogóle powinna mieć zastosowanie? Co się tyczy pytania pierwszego, to autor staje po stronie ROBIN'a, TALM'y, DOYEN'a, MIKULICZA, którzy są zdania, że pierwotnie występuje skurcz odźwiernika, powodujący zatrzymywanie pokarmów w żołądku, a w następstwie wzmożone wskutek tego wydzielanie kwasu solnego. Sądząc *ex juvantibus*, dochodzi się do tego samego wniosku, gdyż we wszystkich przypadkach, w których, czy to przez pyloroplastykę, czy przez gastroenterostomię zapewniono swobodny odpływ pokarmom z żołądka, nadkwaśność tegoż zmniejszyła się w znacznym stopniu.

Jednakże poza zmniejszeniem ilości wydzielanego kwasu, gastroenterostomia w przypadkach skurczu odźwiernika innych objawów, od cierpienia tego zależnych, nie usuwa. Z tego względu autor przyznaje słuszność MIKULICZOWI, doradzając z nim razem pewną powściągliwość w wystawianiu wskazań do gastroenterostomii w tych sprawach chorobowych żołądka, w których rozpoznanie ogranicza się na stwierdzeniu zmian czynnościowych tego narządu.

(*Beitr. z. Klin. Chir.* T 29. Z.3).

L. Zembrzuski.

## Wiadomości bieżące.

— W Towarzystwie Lekarskiem Kaliskim wybrano na r. 1901/2 prezesem kol. DROZDOWSKIEGO, wiceprezesem kol. WILCZEWSKIEGO, sekretarzem kol. KASPRZAKA, skarbnikiem kol. MERKLA, bibliotekarzem kol. WOJNIECHOWSKIEGO.

— Wyszedł z druku zeszyt podwójny Odczytów Klinicznych [№ 146 i 147], zawierający pracę A. NOTTHAFT'a i A. KOLLMANN'a p. t. „Profilaktyka w chorobach dróg moczowych i narządów płciowych [u mężczyzn] w tłumaczeniu, dokonanem przez kolegów R. BERNHARDTA i W. STERLINGA. Treść odczytu: A. Profilaktyka ogólna. B. Profilaktyka szczegółowa; 1) profilaktyka cierpienia prącia [stulejka i załupek,



pryszczycy, zapalenie żołądki i napletka, wyprysk sromu, wrzód pierwotny i weneryczny, *parourethritis praeputialis*; nowotwory [prącia]; 2) profilaktyka cierpień cewki moczowej: zapalenie błony śluzowej cewki [rzeżączka, zapalenie pochodzenia nierzeżączkowego, zwężenie cewki moczowej], 3) profilaktyka cierpień pęcherza: wady rozwojowe, zapalenie pęcherza, nowotwory pęcherza, pasożyty pęcherza, 4) profilaktyka cierpień moczowodów; 5) profilaktyka cierpień nerek [wady rozwojowe i zmiany położenia, rozlane [nieropne] zapalenia nerek, zapalenie nerek zstępujące, cierpienia miedniczek, amyloid nerki, *cystonephrosis*, nowotwory nerek, pasożyty zwierzęce, *parunephritis*]. Dodatek do rozdziału o cierpieniach dróg moczowych: 1. Kamienie moczowe. 2. Moczówka cukrowa. 6) Profilaktyka w cierpieniach gruczolu krokowego [zapalenie ostre, przewlekłe, gruczlica, przerost]. 7) Profilaktyka cierpień pęcherzyków nasiennych. 8) Profilaktyka cierpień sznurka nasienno- jąder i przyjądrzy (*haematoma, periorchitis, hydrocele acuta funiculi spermatici, hydrocele vaginalis testis, perispermatitis serosa, periorchitis haemorrhagica*, guzy błon pochwowych, wady rozwojowe, zgorzel jądra, zapalenia jądra i przyjądrza *deferentitis*, syfilis, gruczlica]. Dodatek: 1. Gruczlica narządów moczopłciowych. 2. Cierpienia nerwowe przewodu moczopłciowego. Nienormalne odpływy nasienia [polucye i nasieniotok]. Cena odczytu w odrębnej sprzedaży kop. 60.

— Nakładem lekarzy Warszawskich—uczestników IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie — wyszły pod redakcją prof. BARANOWSKIEGO, DUNINA, HAWELKEGO, ŁOGOCKIEGO, SOKOŁOWSKIEGO i E. ZIELIŃSKIEGO: „Prace sekcji gruźliczej” tegoż Zjazdu.

Treść dzieła stanowią prace: prof. BĄDZIŃSKIEGO „O współczesnym stanie nauki o prątku gruźliczym i zakażeniu gruźliczem; HEWELKEGO „Uspсобienie do gruźlicy“; SOKOŁOWSKIEGO „Statystyczne dane, dotyczące niektórych momentów, usposabiających do gruźlicy płuc“; MEBUNOWICZA „Statystyka gruźlicy w Galicyi“; KARWOWSKIEGO „Statystyka gruźlicy w W. Księstwie Poznańskim“; KOSSAKA „Statystyka śmiertelności z powodu gruźlicy płuc w Warszawie w ciągu ostatnich 5 lat“; POLAKA „Statystyka suchot płucnych“; DOBRYSKIEGO „Uwagi w przedmiocie statystyki gruźlicy w Towarzystwach ubezpieczeń na życie“; prof. ZARĘWICZA i KRZYSZTAŁOWICZA „Sprawozdanie statystyczno-lekarskie o działalności Krakowskiego Towarzystwa Ubezpieczeń“; STERLINGA „Statystyka suchot w 39 szpitalach prowincjonalnych Królestwa Polskiego; KROKIEWICZA „Gruczlica na podstawie materiału sekcyjnego w prosektoryum szpitala głównego we Lwowie w r. 1894, 1895 i 1896“; TCHÓRZNICKIEGO „Statystyczne dane co do szpitali warszawskich“; E. ZIELIŃSKIEGO „O zboczeniach w budowie ciała suchotników“; prof. BUJWIDA „O zapobieganiu gruźlicy; prof. GRABOWSKIEGO „O zwalczaniu i zapobieganiu gruźlicy bydła“; T. JANISZEWSKIEGO „Projekt organizacji walki z gruźlicą w Galicyi“; H. DOBRZYCKIEGO „Profilaktyka gruźlicy w zdrojowiskach i uzdrowiskach w obrębie Królestwa i graniczących z niem guberniach Cesarstwa; JANISZEWSKIEGO „Zapobieganie gruźlicy w zdrojowiskach i uzdrowiskach galicyjskich“; STERLINGA „Leczenie, poświęcone zwalczaniu pierwszych okresów gruźlicy u ludzi ubogich i niezamożnych“; WROŃSKIEGO „Sanatoria dla [zamożnych] chorych piersiowych“; K. DĘBSKIEGO „O sanatoriach“ i JARUNTOWSKIEGO „Sanatoria ludowe dla chorych piersiowych w Niemczech“.

W pracach więc tych poruszono podstawowe kwestye, dotyczące etyologii, statystyki, profilaktyki i leczenia gruźlicy.

Str. 276—z licznymi tablicami. Cena w handlu 75 kop.

— Do 10 prywatnych zakładów leczniczych dla suchotników w Niemczech, przybył obecnie nowy, otwarty w Wehrwald około Todtmoos w badeńskim Szwarzwaldzie.

— W Heilbronn wmurowano tablicę pamiątkową na domu, w którym mieszkał I. R. MAYER, twórca prawa o niezniszczalności siły.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава 28 Іюня 1901. Друк Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.

5 godz. od Warszawy,  
godzina od Lublina,  
5 wiorat od stacyi kolei  
Nadwiślańskiej.

# NAŁĘCZÓW

Poczta i telegraf  
na miejscu. Powozy na  
zamówienie.  
W lecie omnibus.

*Zdrowisko szczawy żelazistej do picia i do kąpeli. Kąpiele błotne.  
Hydroterapia.*

Zakład leczniczy cały rok otwarty ze ścisłym internatem i własną kuchnią dyetetyczną. Masaż. Gimnastyka. Elektroterapia. Obok zakładu 40 willi, wygodnie urządzonych na pobyt letni. Dwóch stałych lekarzy i dozorczyńni ochorych. W lecie konsultanci i asystenci.

0—3 Dyrektor D-r A. PUŁAWSKI, b. ordynator Szpit. D. Jezus.

## MARYENBAD Zdrowisko wszechświatowe (Czechy).

Ekspedycya: Marienbad w Czechach

Szlaki  
we wszystkich aptekach i składach wód  
mineralnych i materyałow aptecznych.

Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, najsilniejsze wody w Europie, zawierające sól glauberską (5 grm. soli glauberskiej w litrze). Wskazania: otyłość, otłuszczenie wątroby, serca, zaparcie stolca, peluskrwistość.

12—4

Ambrosiusbrunn, najsilniejsza szczawa żelazista w Europie (0,77 grm. dwuwęglanu żelaza w litrze). Wskazania: niedokrwistość, blednica

Rudolfsquelle, źródło wyróżniające się znaczną zawartością kwasu węglanego wapnia i magnezji. Wskazania: chroniczne katarzy narządów moczowych, kamienie nerkowe, moczówka cukrowa, *arthritis*.

Wyroby z soli naturalnych—ekstrakt wody.

## PASTILLES VICHY-ÉTAT

Cukierki ułatwiające trawienie.

## COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Do przyrządzenia samemu sobie woda akaliczna gazowa.