

GAZETA LEKARSKA.

I. O PRZEPUKLINACH ŁĘDŹWIOWYCH I BRZUSZNYCH BOCZNYCH (Laparocęle).¹⁾

Podał

Dr Roman Barącz,

docent chirurgii Uniwersytetu lwowskiego.



Przepukliny lędźwiowe budzą u chirurgów żywe zajęcie nie tylko dlatego, że cierpienie to przydarza się stosunkowo rzadko, ale i z tego względu, że punkt wyjścia i etyologia tychże dotychczas nie są dostatecznie wyjaśnione.

Ponieważ miałem sposobność obserwowania 6-ciu przypadków podobnych przepuklin, ciekawych ze względu na umiejscowienie bramy przepuklinowej i etyologię, uznaję za stosowne podać je do bliższej wiadomości.

Dokładniejsze wiadomości o tych przepuklinach zawdzięczamy odnośnym pracom anatomicznym PETIT'a²⁾, GRYNFELTT'a³⁾ i P. LESSHAFT'a⁴⁾, większym statystycznym zestawieniom przez H. BRAUN'a⁵⁾, C. H. MASTIN'a⁶⁾, I. GRANGE'a⁷⁾, jak nie mniej przyczynkom kazuistycznym I. MACREADY'ego⁸⁾,

¹⁾ Według wykładu, mianego na XI-ym Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w dniu 15-ym lipca 1901 r.

²⁾ *Traité des maladies chirurgicales* T. II, str. 257. Paryż 1783.

³⁾ M. GRYNFELTT. *Quelques mots sur la hernie lombaire*. Montpellier médical 1866. T. XVI. Str. 329.

⁴⁾ P. LESSHAFT. *Die Lumbalgegend in anatomisch-chirurgischer Hinsicht*. Reichert's und Du Bois Reymond's Archiv für Anatomie, Physiologie und wissenschaftliche Medizin. 1870. Str. 264.

⁵⁾ H. BRAUN. *Ueber die Hernia lumbalis*. Langenbeck's Archiv. 1879. T. 24, str. 201.

⁶⁾ CLAUDIUS H. MASTIN [Mobile Ala]. *On lumbar hernia*. Annals of Surgery. 1890. Vol XII. Str. 20.

⁷⁾ J. GRANGE. *Contribution a l'étude de quelques variétés des hernies rares*. Thèse de Lyon. 1896.

⁸⁾ J. MACREADY. *On the rarer forms of ventral hernia*. The Lancet. 1890. Vol. II. November 15.

O. WYSSA¹⁾, J. WOLFF'a²⁾ ³⁾, KAROLA BAYER'a⁴⁾, W. B. PLATT'a⁵⁾, D. GIOR-DANO⁶⁾, F. N. G. STARR'a [Toronto]⁷⁾, A. B. TUCKER'a [New-York]⁸⁾ i wielu innych.

Odnosnie do historyi nauki o przepuklinie lędźwiowej muszę zwrócić uwagę na wyczerpującą pracę BRAUN'a⁹⁾; zaznaczyć jednak mi wypada, że pierwsze wiadomości o tego rodzaju przepuklinie zawdzięczamy BARBETTE'owi, który już w roku 1657 czyni o niej wzmiankę.

Przedewszystkiem niech mi wolno będzie pokrótce przedstawić sprzeczne zapatrywania co do bramy przepuklinowej przy tego rodzaju przepuklinach.

Od czasu pracy PETIT'a uważano za bramę przepuklinową w podobnych przepuklinach nazwany od niego trójkąt, a przepuklinę lędźwiową i przepuklinę PETIT'a uważano przez długi czas jako identyczną sprawę chorobową. Wedle badań PETIT'a znajduje się tuż powyżej tylnego brzegu grzebienia kości biodrowej słabsze miejsce w ścianie jamy brzusznej, które ma służyć za miejsce przejścia przepukliny lędźwiowej. Ten trójkąt PETIT'a ograniczają: bocznie mięsień *obliquus abdominis externus*, przyśrodkowo *latissimus dorsi*, od dołu grzebień kości biodrowej, dno zaś tego trójkąta stanowi mięsień *obliquus abdominis internus*, mięsień *transversus abdominis* i *fascia transversa*, te więc warstwy musi przepuklina przy swoim przejściu wypuklić albo tychże wiązki rozsunąć.

Twierdzenie, że przepuklina lędźwiowa może powstać li tylko w trójkącie PETIT'a, utrzymywało się aż do roku 1866, w którym to czasie zwrócił uwagę GRYNFELT [Montpellier] na inne miejsce przepuklin lędźwiowych. Zauważył on, że aponeuroza mięśnia *obliquus internus* nie zajmuje okolicy lędźwiowej na całą wysokość, lecz że pomiędzy tą aponeurozą i zewnętrznym brzegiem mięśnia *quadratus lumborum* daje się wykazać trójkąt, którego trzeci bok jest utworzony przez dolny brzeg ostatniego żebra, dno zaś przez aponeurozę mięśnia *transversus abdominis*; wspomniany trójkąt zwie GRYNFELT *triangle lombo-costo-abdominal*.

¹⁾ OSCAR WYSS [Zurych]. Ueber Hernia ventralis lateralis congenita und ihre Beziehungen zur Hernia lumbalis. Beiträge zur Chirurgie, Festschrift für Billroth. Stuttgart, Enke. 1892.

²⁾ JULIUS WOLFF. Bemerkungen über einen Fall von Lumbalhernie nebst verschiedenen Residuen einer primären infectiösen Osteomyelitis. Langenbecks Archiv. 1888. T. 25, str. 908.

³⁾ Tenże. Ueber einen Fall von Lumbalhernie. Berlin. klin. Wochenschr. 1890. Nr. 1. str. 3.

⁴⁾ KAROL BAYER. Ein Fall von Hernia lumbalis im Rhombus Lesshafti. Centralbl. für Chir. 1888. Nr. 37, str. 686.

⁵⁾ W. B. PLATT. A case of lumbar hernia. Maryland medical Journal. Baltimore. 1890—1. Vol. XXIV, Str. 311.

⁶⁾ DAVIDE GIORDANO. Contributo allo studio e cura de l'laparoccele. Riforma medica 1893. Nr. 33.

⁷⁾ F. N. G. STARR. A case of lumbar hernia. Canadian practitioner. T. 19. Nr. 7. 1894.

⁸⁾ A. B. TUCKER. A case of lumbar and inguinal hernia. The American Journal of obstetrics, Nr. 7. T. XXVII. Nr. 3. 1893.

⁹⁾ l. c.

W roku 1870 pojawia się praca LESSHAFT'a, która potwierdza i dokładnie określa opisane przez GRYNFELT'a spostrzeżenie.

W odróżnieniu od *trigonum lumbale inferius v. Petiti*, stanowi nazwany przez LESSHAFT'a trójkąt [względnie romb] *trigonum lumbale superius s. rhombus lumbalis* trójkątną lub nieregularną czworoboczną przestrzeń o następujących granicach: z przodu czyli bocznie tylny brzeg mięśnia *obliquus abdominis externus*, z góry dolny brzeg mięśnia *serratus posticus inferior* i żebro XII, od tyłu, względnie przyśrodkowo zewnętrzny brzeg pochewki mięśnia *extensor dorsi s. erector trunci*, od dołu mięsień *obliquus abdominis internus*. Przestrzeń ta ma nawet być większą i słabszą wedle LESSHAFT'a niż dolny trójkąt lędźwiowy i może tem samem łatwiej służyć jako punkt wyjścia dla przepukliny lędźwiowej. BRAUN powątpiewa o istnieniu przepuklin lędźwiowych w trójkącie LESSHAFT'a, również JULIUSZ WOLFF nie dowierza, ażeby przez ten trójkąt mogła kiedy przejść przepuklina. Zapatrywanie o przechodzeniu przepuklin lędźwiowych przez trójkąt LESSHAFT'a zachwiały szczególnie doświadczenia LIEBER'a ¹⁾.

Celem bliższego zbadania możliwości powstania przepuklin lędźwiowych w trójkącie LESSHAFT'a i sprawdzenia jego pracy, podjął LIEBER na zachętę J. WOLFF'a w r. 1890 szereg doświadczeń na 8-iu trupach. Z otrzymanych 16-tu preparatów przedstawiał prawie każdy inny obraz, albowiem stale każda strona tego samego trupa była odmienną od drugiej! Trójkąta PETIT'a nie znaleziono tylko raz i to po jednej stronie, dał się więc w 15-tu przypadkach wykazać. Natomiast okazywał tylko jeden preparat, opisany przez LESSHAFT'a, miejsce w granicach przez niego podanych; miejsce to miało kształt rombu, którego boki, stosunkowo równej niemal długości, wynosiły mało co nad 1 ctm. W pozostałych przypadkach znaleziono tylko cztery razy obok trójkąta PETIT'a miejsca, mające po przecięciu i odwinięciu mięśnia *latissimus dorsi* za podstawę fascyę, które jednak miały każdym razem zupełnie inne granice, niż je LESSHAFT opisuje. W jednym przypadku stanowiło zewnętrzną granicę XII-te żebro, górną mięsień *serratus posticus inferior*, wewnętrzną i dolną nadmiernie rozwinięty i w niezwykły sposób przyczepiający się mięsień *obliquus abdominis externus*; w innym przypadku można było zauważyć podobny romb przedzielony wrębem *m. obliquus abdominis externus* na dwie połowy. Wreszcie w 2-ch przypadkach stanowił dolną granicę odnośnego miejsca bezpośrednio grzebień kości biodrowej.

Natomiast istnieje wedle badań HARTMANN'a ²⁾ w okolicy górnego kąta trójkąta PETIT'a wybitnie cienkie i podatne miejsce w ścianie jamy brzusznej między mięśniem *obliquus internus* a głębokimi długimi mięśniami lędźwiowymi, w których łatwo przepuklina wystąpić może.

Na podstawie więc wyżej przeprowadzonych badań anatomicznych możemy przyjąć następujące bramy przepuklinowe dla przepuklin lędźwiowych:

¹⁾ por. J. WOLFF l. c.

²⁾ por. J. WOLFF l. c.

1) trójkąt PETIT'a, 2) opisany przez GRYNFELTT'a i LESSHAFT'a romb, 3) przestrzenie niestałe, podane przez LIEBER'a, wreszcie 4) opisany przez HARTMANN'a przesmyk między wiązkami mięśnia *obliquus internus* a długimi mięśniami lędźwiowymi (*extensor dorsi* i *quadratus lumbosum*).

Gdy atoli przystąpimy do spostrzeżeń klinicznych i porównamy je odnośnie do bramy przepuklinowej z badaniami anatomicznymi, przekonamy się, że wyniki nie są zgodne. W większej liczbie przypadków określają autorowie bramę przepuklinową bądź to niedokładnie, bądź też pomijają ją milczeniem ¹⁾; w innych natomiast podają trójkąt PETIT'a jako bramę przepuklinową, jakkolwiek dotychczas nie znamy przypadku, w którymby to wykazać się dało przez badanie pośmiertne. Wymieniają w końcu jako bramę przepuklinową okolice lędźwiową, przestrzeń pomiędzy grzebieniem kości biodrowej a XII-em żebrem, koniec XII-go żebra.

Przyczyny niedokładnego określenia miejsca przejścia przepuklin lędźwiowych należy szukać wogóle w tem, że cierpienie to należy do rzadszych, że brama przepuklinowa daje się trudno wyszukać na osobie żyjącej, jako też wreszcie dla braku wyników operacyi, względnie sekcyi tych przypadków.

Dotychczas znane są tylko trzy przypadki, w których brama przepuklinowa przez badanie pośmiertne stwierdzoną być mogła. Są to przypadki, opisane przez BRAUN'a ²⁾, J. HUTSHINSON'a młodszego ³⁾ i F. T. SHEPHERD'a ⁴⁾, które tu w krótkości omówię.

Przypadek BRAUN'a dotyczył 33-letniego, bardzo wątłego mężczyzny, który obok kifozy kątowatej w wysokości 10—12 kręgu piersiowego i ropni z przetokami po obu stronach kręgosłupa, miał w okolicy lędźwiowej lewej przepuklinę, odpowiadającą położeniem trójkątowi PETIT'a. Obrzęk ustępował w czasie leżenia w łóżku. Chory zmarł w krótkce z powodu wyczerpania. Sekcja wykazała obustronnie w odległości 10 ctm. od kręgosłupa bramę przepuklinową ograniczoną od przodu, góry i tyłu włóknami mięśnia *latissimus dorsi*, od dołu zaś grzebieniem kości biodrowej. Otwory, z których lewy był głębszy prowadziły przez mięśnie *obliqui interni* i *transversi* aż do jamy brzusznej i gubiły się bezpośrednio w luźnej tkance łącznej, znajdującej się poza i około ramienia zstępującego, względnie wstępującego okrężnicy. Trójkąt PETIT'a nie dał się po lewej stronie wykazać, włókna bowiem mięśnia *obliquus externus* dotykały bezpośrednio mięsień *latissimus dorsi*.

BRAUN przypuszcza na podstawie tych spostrzeżeń, że mniejsze lub większe szpary, istniejące tuż nad grzebieniem kości biodrowej w obrębie ścięgniętego przyczepu mięśnia *latissimus dorsi*, wypełnione tłuszczem i tkanką łączną, przez które nerwy *cutanei clunium superiores posteriores* przechodzą, mogą służyć za miejsce przejścia dla przepukliny lędźwiowej. Odnośnie do tego zapatrywania

¹⁾ W zebranych przez GRANGE'a 45-iu przypadkach przepuklin lędźwiowych niema żadnych odnośnych dat w 25-iu przypadkach.

²⁾ l. c.

³⁾ Pathological Society of London. Lancet. 1889. T. I, str. 936.

⁴⁾ FRANCIS J. SHEPHERD. Note on the dissection of a case of lumbar hernia. Annals of Surgery. 1892. T. XVI str. 137.

BRAUN'a zaznacza J. WOLFF ¹⁾, że wedle ustnego oświadczenia WALDEYER'a szpary dla wspomnianych nerwów są za małe, ażeby przez nie przepuklina lędźwiowa kiedykolwiek przejść mogła ²⁾.

Przypadek J. HUTSHINSON'a młod. dotyczył starszego człowieka, który zmarł wskutek ogólnego porażenia. Za życia istniała w lewej okolicy lędźwiowej przepuklina wielkości pięści męskiej. Dokonana sekcja wykazała na dwa palce drożny pierścień przepuklinowy, który leżał na zewnątrz mięśnia *quadratus lumborum*, nad i nieco ku wewnątrz od trójkąta PETIT'a we włóknach aponeurozy; przez pierścień ten wypadał tłuszcz podotrzewnowy.

Jakkolwiek w tym wypadku nie mamy dokładnych dat odnośnie do granic bramy przepuklinowej, to jednak uwzględniając stosunki anatomiczne należałoby przyjąć z największym prawdopodobieństwem trójkąt GRYNFELLT'a—LESSHAFT'a za bramę przepuklinową.

SHEPHERD znalazł przepuklinę lędźwiową na stole sekcyjnym. Przypadek ten dotyczył trupa mężczyzny lat 60 liczącego, o mięśniach dobrze rozwiniętych. Zauważył mianowicie podczas preparowania okolicy lędźwiowej między wiązkami dolnej części mięśnia *latissimus dorsi*, wypadającą bryłę tłuszczu, którą odprowadzić można było przez okrągły otwór w tym mięśniu i fascyi lędźwiowej. Otwór ten miał się znajdować u przysrodkowego (tylnego) brzegu mięśnia *obliquus abdom. ext.*, a nie w trójkącie PETIT'a, a w szczególności leżał w odległości trzech cali od kręgosłupa, na cal powyżej grzebienia kości biodrowej, na wysokości przestrzeni między 2-gim a 3-cim kręgiem lędźwiowym. Wypadnięty tłuszcz pokrywał cieńki, przezroczysty worek. Podczas badania tego przewodu od przodu, t. j. od strony jamy brzusznej, znalazł S., że drąży on do jamy brzusznej tuż poniżej lewej nerki, że wypuklona część okrężnicy zstępującej leżała w zagłębieniu, które z przewodem pozostawało w związku i że przez wspomniany kanał wypadała *appendix epiploica* okrężnicy.

Wprawdzie S. wcale nie przypuszcza, że w danym wypadku leżała brama przepuklinowa w rombie LESSHAFT'a, nie ulega to jednak, mojem zdaniem, żadnej wątpliwości, za czem przemawia dokładne opisanie bramy przepuklinowej.

Znane przeto wyniki sekcyjne przemawiają za częstszem umiejscowieniem bramy przepuklinowej w rombie LESSHAFT'a.

Nadto w następnych przypadkach przepuklin lędźwiowych, w których dla kontroli autopsyi nie przeprowadzano, należy uważać romb LESSHAFT'a za najprawdopodobniejsze miejsce dla bramy przepuklinowej.

W przypadku RIGODIN'a ³⁾ (oddział BROCA) wystąpiła po upadku ze schodów w okolicy biodrowo-żebrowej przepuklina wielkości jaja kurzego, bliżej jednak żeber niż grzebienia kości biodrowej.

Przypadek G. H. HUM'a ⁴⁾ dotyczył starszego mężczyzny, który miał od lat 15-u przepuklinę lędźwiową po stronie lewej. Z powodu objawów uwięźnię-

¹⁾ l. c.

²⁾ Do tego przypadku wróć później.

³⁾ Porów. GRANGE, l. c.

⁴⁾ *Britisch med. Journal*, 10. 1889 — także MACREADY l. c.

cia musiano wykonać herniotomię z resekcją 10 cm. jelita cienkiego. Chory zmarł, sekcyi nie wykonano. HUME jednak nabrał przekonania podczas operacyi, że przepuklina powstała bocznie od mięśnia *quadratus lumborum*, a nie w miejscu trójkąta PETIT'a.

Przypadek F. N. G. STARR'a dotyczył mężczyzny, który przed rokiem przy podnoszeniu wielkiego ciężaru uczuł klucie w okolicy lędźwiowej lewej, bóle rozpromieniające się od tego miejsca, wreszcie spostrzegł obrzęk. Przepuklina wielkości jaja kaczego, dająca się odprowadzić, znajdowała się w okolicy lędźwiowej w środku między ostatniem żebrem a grzebieniem kości biodrowej.

Ze przepuklina lędźwiowa ma za punkt wyjścia trójkąt, względnie romb LESSHAFT'a przemawia najwięcej przekonująco przypadek, podany przez KAROLA BAYER'a.

Przypadek jego dotyczył 6-cioletniej dziewczynki, u której w trzecim i pół roku życia po przebyciu choroby gorączkowej otwarto ropień w prawej okolicy lędźwiowej, wielkości pięści. W dwa i pół lat później powstał obrzęk w tem samym miejscu. BAYER znalazł w prawej górnej okolicy lędźwiowej przepuklinę wielkości jaja gęsiego. Po odprowadzeniu przepukliny wykazać można było pod łukiem żebrowym zagłębienie, zcieńczające się lejkowato, którego brzegi odpowiadały mięśniom, ograniczającym romb LESSHAFT'a. Byłyby to znane przypadki przepuklin lędźwiowych, w których z największem prawdopodobieństwem stanowił bramę przepuklinową romb LESSHAFT'a.

Z trzech przypadków, powikłanych uwięźnięciem, w których wykonano herniotomię (przypadki RAVATON'a, MARQUEZ'a i HUM'a w dwu niema dokładnych dat co do bramy przepuklinowej, w przypadku zaś HUM'a, który już opisaliśmy stanowił takową najprawdopodobniej romb LESSHAFT'a. Co do etyologii przepuklin lędźwiowych, to zawdzięczają one swe powstanie rozmaitym czynnikom. Przedewszystkiem należy przyjąć pewną część tychże jako wrodzone. Polegają one na wrodzonym braku lub ubytku pewnych grup mięśniowych. Dalej wiele przepuklin lędźwiowych jest wynikiem silnego, pośrednio lub bezpośrednio na tę okolicę działającego urazu. Następną grupę stanowią przepukliny lędźwiowe, pojawiające się po ropniach w okolicy lędźwiowej. W końcu powstaje wiele przepuklin lędźwiowych swoiście; w przypadkach tych już to nie można wykazać poprzedzającego, silniejszego urazu odnośnej okolicy, już to uraz poprzedzał na długi czas przepuklinę, skutkiem czego nastąpiło rozciągnięcie blizny i zwiótczenie powłok brzusznych.

Jako usposabiające czynniki podają autorowie owe sprawy chorobowe, które sprowadzają zwiótczenie powłok brzusznych, a więc ciążę, puchlinę i otyłość.

W przypadku PETIT'a miała przepuklina wystąpić po przebytej ciąży, w przypadku zaś PELLETAN'a po kilkukrotnych ciążach wystąpiły liczne przepukliny brzuszne; wreszcie skutkiem nadmiernej otyłości wystąpiła przepuklina w przypadku MARMISSE'a. W niektórych przypadkach ma także istnieć wrodzone usposobienie do przepuklin (BASSET). Podział przepuklin lędźwiowych

na podstawie etyologii wydaje mi się być racjonalniejszym, aniżeli na podstawie anatomicznego położenia bramy przepuklinowej.

Chcę tu wkrótce wszystkie grupy omówić, a zarazem dołączyć moje przypadki, odnoszące się do pojedynczych grup.

Grupa A. Wrodzone przepukliny lędźwiowe.

Rozchodzi się tu o zupełny brak lub niedostateczny rozwój pewnych grup mięśniowych, pokrywających okolice lędźwiową i boczną brzucha.

Jako znamiona charakterystyczne tego rodzaju przepuklin, podnieść należy: pojawienie się przepukliny zaraz po urodzeniu lub w pierwszych miesiącach życia i stosunkowo szeroka podstawa obrzęku, tak, że tenże zajmuje nie tylko okolice lędźwiową, ale i okolice brzuszną boczną. Obok przepukliny spostrzegano w przypadkach tych często i inne wady utworowe wrodzone jak: brak kilku żeber, stopę szpotawą, wrodzoną stulejkę.

Pierwszy przypadek, do tej grupy należący, opisał A. MONRO jeszcze w roku 1811.

Przypadek dotyczył 6 miesięcy liczącego chłopca, u którego przez szerokie otwory w mięśniach okolicy lędźwiowej po obu stronach wypadały nerki i tylko przez wspólną powłokę były przykryte. Otwory te były tak obszerne, że nerki łatwo odprowadzać się dawały, jednakże trudno je było utrzymać w jamie brzusznej. MONRO odnosi powstanie tej przepukliny do braku mięśni brzusznych. Jakkolwiek i inne dalsze przypadki przepuklin tego rodzaju ogłoszono, to mimo tego nie mieliśmy do niedawna najmniejszego dowodu prawdziwości zapatrywania MONRO'a, albowiem w żadnym przypadku nie stwierdzono tego ani przez autopsję przy hermiotomii, ani też wynikiem sekcyjnym. Dopiero wyjaśniły sprawę: sekcyja w przypadku O. WYSS'a¹⁾ i wkrótce potem podczas hermiotomii w przypadku GIORDANO-NOVARO²⁾ dokonana autopsya. Przypadek WYSS'a dotyczył 10-cio-miesięcznego chłopca, który prócz całego szeregu innych zniekształceń jako to: *hemiatrophia facialis*, *microphthalmia*, *mikrotia*, *mikrognatia* po prawej stronie, *atresia ani* i *hernia scrotalis dextra*, miał także przepuklinę w okolicy brzusznej bocznej prawej między łukiem żebrowym a grzebieniem kości biodrowej. Przepuklina przedstawiała obrzęk, wielkości głogu, miękki, sprężysty, w położeniu grzbietowem znikający, położony pod brzegiem żebra między przednią a tylną linią pachową. Obrzęk ten znikał za uciskiem palca, przyczem bardzo wyraźnie doznawało się uczucia, że organ, zawierający powietrze [jelito], dawał się odprowadzać do jamy brzusznej. Wypuk nad obrzękiem dawał odgłos jawny, bębenkowy. W powłokach brzusznych dawał się wymacać wyraźnie okrągły otwór, przez który przepuklina dawała się odprowadzać; otwór ten odpowiadał *trigonum lumbale superius sive LESSHAFT'i*, jakkolwiek przepuklina znajdowała się bardziej ku przodowi. Granice otworu stanowiły: od tyłu mięsień *erector trunci* wraz z mięśniem *quadratus lumborum*, od góry ostatnie żebro, od przodu i dołu wiotkie części miękkie. Przy sekcyi okazało się jednak [dziecko zmarło bowiem na zapalenie płuc], że

1) porówn. O. WYSS l. c.

2) porówn. GIORDANO l. c.

otwór tworzył ubytek w bocznej części mięśnia *obliquus abdm. exter.*, w tylnej połowie mięśnia *obliquus abdominis internus*, a częściowo także w ścięgnistej części mięśnia *transversus*. Także inne mięśnie, przyczepiające się w stanie prawidłowym do ostatniego żebra, były po części niezupełnie wykształcone; ostatnie żebro brakowało, na jego miejscu znajdowała się włóknista błona, prawdopodobnie skutkiem nieprawidłowości kręgosłupa.

Przypadek GIORDANO-NOVARO dotyczył 8-mio-letniego chłopca, który od 3-go roku życia miał dwie przepukliny brzuszne boczne. Podczas badania, szczególnie przy kaszlu, okazywały się dwie przepukliny w lewej ścianie brzusznej: jedna powyżej kanału FALLOPA między górnym kolcem biodrowym a zewnętrznym brzegiem mięśnia prostego brzucha, druga w okolicy biodrowo-żebrowej powyżej trójkąta PERIT'a. Oba guzy pokrywała prawidłowa skóra, a przy zwolnieniu tłoczni brzusznej znikwały one na poziomie prawidłowych powłok brzusznych. Po odprowadzeniu wypadniętych jelit można było w każdy otwór powłok brzusznych wprowadzić palec, którym dawał się wykazać stosunkowo wielki ubytek w mięśniach o ścienczałych brzegach. Mięśnie prawej strony jamy brzusznej również były skąpo rozwinięte. Obie przepukliny operowano w dwu posiedzeniach. Przy operacji doszczętnej dolnej [przez NOVARO 14. II. 1892] okazało się, że przepuklina polegała na ubytku wiązek mięśnia *transversus* i *obliquus abdominis int.* Ubytek zaszyto w kształcie litery y po poprzednim odświeżeniu okalających go mięśni i aponeuroz tychże, oraz odświeżeniu i przemieszczeniu mięśnia prostego brzucha. Po upływie dwu tygodni, gdy już blizna należycie się wytworzyła przystąpiono do operacji drugiej przepukliny lędźwiowej w podobny sposób [8. XII. 1892 GIORDANO]. Pod skórą znaleziono skąpe i nader delikatne wiązki mięśnia *obliquus externus*, również brakowały wiązki mięśnia *obliquus internus*, a mianowicie przyczepiające się do X-go i XI-go żebra. Odświeżono głęboką aponeurozę w obrębie ubytku mięśniowego, zaszyto odświeżone brzegi, jak nie mniej okalające ubytek brzegi mięśni, przyciągnięto boczny brzeg mięśnia *latissimus dorsi* i przyszyto do pierwszej warstwy mięśni; założono szew skórny.

Myśl racjonalnej operacji doszczętnej przepuklin, polegających na wrodzonym braku mięśni brzusznych, zawdzięczamy więc chirurgom włoskim: NOVARO i GIORDANO. Ponieważ nie rozchodzi się tu o właściwe przepukliny, nie mamy bowiem pierścienia przepuklinowego, należy przepukliny tego rodzaju usuwać tylko przez odświeżenie, zbliżenie i zeszytywanie wiązek mięśniowych okalających ubytek przy ewentualnem zużytkowaniu okolicznych zdrowych mięśni. Przypadki opisane przez WRSS'a i GIORDANO, wykazują dobitnie, że braki w mięśniach brzusznych stanowić mogą wyłączną przyczynę wrodzonych przepuklin lędźwiowych. Przypadek GIORDANO poucza dalej, że ubytki w okolicy lędźwiowej i brzusznej bocznej zdarzają się równocześnie z ubytkami w innych mięśniach brzusznych. Do tej grupy przepuklin lędźwiowych, których powstanie należy odnieść do ubytku w mięśniach, zaliczyć wypada jeszcze następujące przypadki.

Przypadek A. COLLES'a dotyczył dziewczynki trzyletniej, która miała od urodzenia w lewej okolicy lędźwiowej przepuklinę, wielkości kieszonkowego zegarka, dającą się łatwo odprowadzić.

Dwa przypadki MACREADY'ego są następujące:

1) 16-letni młodzieniec miał po prawej stronie przepuklinę brzuszną od urodzenia. Przepuklina wielkości pomarańczy znajdowała się pod końcem XII-ego żebra i dawała się łatwo odprowadzić. Przyczepiający się do XII-ego żebra wręb mięśnia *obliquus externus* brakował na długości $1\frac{1}{2}$ cala.

2) 17-letni chłopiec z wadą serca i stopą szpotawą wrodzoną okazywał podczas kaszlu obrzęk wielkości jaja strusiego w prawej okolicy lędźwiowej i bocznej brzusznej, sięgający od linii półksiężycowej do mięśnia *erector trunci* i od łuku żebrowego do grzebienia kości biodrowej. W okolicy brzusznej bocznej lewej występował przy natężeniach tłoczni brzusznej podobny, jednak mniejszy obrzęk. W obrębie obu obrzęków dawał się wyraźnie wyczuć ubytek w mięśniach brzusznych, tak, że tylko je skóra pokrywała.

Przypadek C. H. MASTIN'a, dotyczył 6-letniego chłopca, u którego już w dwa miesiące po urodzeniu spostrzeżono przepuklinę w lewej okolicy lędźwiowej. Przepuklina wynosiła $9\frac{1}{4}$ cali w wymiarze podłużnym, 9 cali w wymiarze poprzecznym. Mięśnie: *latissimus dorsi* i *quadratus lumborum* były nierozwinięte. Przepuklina sięgała ku tyłowi do wyrostków poprzecznych kręgów lędźwiowych a oddzielała ją od nich tylko wązka, do taśmy podobna tkanka, prawdopodobnie zmartwiały mięsień *erector trunci*. Grzebień kości biodrowej tworzył dolną granicę. Cała lewa strona ściany brzusznej była cienka i wątła.

W podobnym przypadku HOMER'a GAGE'a ¹⁾, który dotyczył 17-letniej dziewczyny występowała również przepuklina podczas kaszlu w lewej okolicy lędźwiowej; powstanie swe zawdzięczała brakowi 5-iu dolnych żeber.

Tu należą również przypadki NACHOD'a ²⁾ i SCHENK'a ³⁾.

Przypadek NACHOD'a dotyczył 12 dni liczącego dziecka z wrodzoną przepukliną w prawej ścianie brzusznej, która sięgała aż w okolicę rzekomych żeber. W obrębie przepukliny brakowały żebra, stos kręgowy był prawidłowo rozwinięty. W miejscu przepukliny można było zauważyć ubytek mięśni brzusznych; ponieważ łokieć dziecka dawał się swobodnie wsunąć w bramę przepuklinową, sądzi N., że ostatnia okoliczność nie jest bez znaczenia dla etyologii tego przypadku.

Przypadek SCHENK'a dotyczył noworodka płci męskiej, który miał przepuklinę wielkości orzecha laskowego w okolicy brzusznej bocznej prawej pomiędzy grzebieniem kości biodrowej a łukiem żebrowym. Po odprowadzeniu przepukliny można było wyczuć przez powłoki brzuszne między grzebieniem kości biodrowej a łukiem żebrowym na 1 ctm.; poniżej tego łuku otwór drożny dla końca palca.

¹⁾ HOMER GAGE. Congenital absence of five ribs, with resulting deformities. New-York, med. Journal 1889. I. 5. 650—652, i Transactions Americ. orthopedic association Philadelphia 1889, II. 5. 233—239.

²⁾ Verein deutscher Ärzte in Prag. Posiedzenie z 15. III. 1901. Vereinsbeilage der Deutschen med. Wochenschrift 1901. Nr. 22. z 30 maja. str. 172.

³⁾ SCHENK. Fall von angeborenem seitlichen Bauchbruch. Prager med. Wochenschrift, 1900. Nr. 1.

Jako dalszy obraz tego rodzaju przepuklin może posłużyć mój następujący przypadek.

Barbara T., $2\frac{3}{4}$ lat licząca, córka handlarza ze Lwowa, zgłosiła się dnia 17. I. 1891 do polikliniki z powodu guza na grzbiecie. Guz ten zauważyła matka już w 10-tym miesiącu życia dziecka. W tym samym czasie miało dziecko cierpieć na ciężki nieżyt oskrzelowy, uporczywe zaparcie stolca, a przed 4-ma tygodniami na zapalenie płuc. Guz powiększał się zwolna, lecz stale.



Rys. 1.

B a d a n i e wykazało: dziewczynka bardzo wątpliwa i anemiczna. Okolicę brzuszną boczną prawą i okolicę lędźwiową między grzebieniem kości biodrowej a łukiem żebrowym zajmuje guz wielkości jaja strusiego, okrągłowałny, półkulisto wypuklający się nad powłoki brzuszne a sięgający prawie do pępka. Największa jego wypukłość znajduje się w linii pachowej lewej. Jest usadowiony ukośnie w powłokach brzusznych, oś długa guza przebiega od tyłu [przysrodkowo] i góry ku przodowi [bocznie] i ku dołowi. W położeniu dziecka wymiary jego są następujące: długość wypuklenia 14 ctm., szerokość około 11 ctm. Guz ten powiększa się nieco we wszystkich roz-

miarach podczas kaszlu, krzyku jako też podnoszenia dziecka pod pachy; długość wynosi wtedy 16, szerokość 13 ctm. [porów. rys. 1-szy i 2-gi]. Wy-miary te podano tylko w przybliżeniu, granica bowiem guza tak przednia jak i tylna nie zaznaczają się wyraźnie.. [C. d. n.].

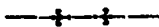
II. Z ODDZIAŁU DRA MED. A. ELZENBERGA DLA CHORYCH SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH PRZY
SZPITALU STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

Sarcoma idiopathicum multiplex en plaques pigmentosum
et lymphangiectodes,
odrębną postać t. zw. *sarcomatosis cutis.*

Podał

Robert Bernhardt,

Lekarz szpitala św. Łazarza w Warszawie.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 30].

Niepomyślny wynik leczenia arsenikalnego zniewalał do szukania innego *modus curandi*, a to tembardziej, iż pacjent się tego dopominał, ponieważ chora kończyna nie tylko nie pomagała mu przy chodzeniu, lecz przeciwnie—przeszkadzała. Zastanawiano się nad zabiegiem chirurgicznym. Prof. J. Kosiński, który w tym czasie widział i badał chorego, doszedł do wniosku, iż wobec nowotworowego charakteru sprawy, umiejscowionej nie tylko w skórze, lecz i w kościach, należy w miarę możliwości usunąć wszystkie ogniska chorobowe i dlatego proponował amputację uda, którą też wykonał d. 3. XI. 1901 r., za co mu jeszcze raz składam serdeczne podziękowanie.

Zaraz po amputacyi ogniska chorobowe nabrały barwy brudno-sinawej i zapadły się, pokrywając się na powierzchni licznymi drobnymi fałdeczkami. Na przekroju można się było przekonać, że ogniska składają się z miękkiej, nasyconej surowicą tkanki, barwy ceglastej. Tkanka ta miejscami sięga głęboko aż do tkanki podskórnej i jest ostro odgraniczona od części zdrowych. Następnego dnia po operacyi prof. H. Hoyer łaskawie dokonał iniekcji całej kończyny masą niebieską [błękit berliński] przez tętnicę udową, za co

mu niniejszem serdecznie dziękuję. Następnie przepiłowałem kości i cały preparat umieściłem w formalinie. Badanie makroskopowe wykazało, że kości palców są zupełnie zniszczone i wraz ze skórą, tkanką podskórną i ścięgnami przekształcone w miękką, ciemno-ceglastej barwy tkankę, bezpośrednio przechodzącą też i na stopę. Ocalała tylko cienka blaszka kostna u powierzchni podeszwowej I-go członka palucha. Przednie nasady kości śródstopowych od II do V są również doszczętnie zniszczone i wraz z otaczającymi tkankami zastąpione przez masę mięsakovą. Taką nasadą 1-ej kości śródstopowej uległa znacznemu zrzednieniu (*osteoporosis*). Kora ciał tychże kości jest bardzo cienka, zaś jamy szpikowe nienormalnie obszerne i napełnione miękką, czerwoną tkanką. Pozostałe kości stopy są bez widocznych zmian, prócz członkowatej, która również uległa zrzednieniu. Ścięgna na stopie są znacznie ścięnczałe, jak również i ścięgno *ACHILLESA*. Stawy: goleniowo-skokowy oraz kolanowy są zupełnie normalne. Kość udowa i strzałka pozostały bez zmian, zaś kora piszczeli wydaje się cokolwiek ścięnczałą.

Badanie drobnowidzowe rozciągnąłem na obfity materiał, pochodzący z świeższych i starszych ognisk chorobowych, z palców i zmienionych kości. Preparaty utrwaląłem w wysokoku i zatapiałem w parafinie. Skrawki barwiłem hematoksyliną, eozyną, safraniną, tioniną, zwykłym i wielobarwnym błękitem metylenowym, metodą *VAN GIESON'a*, *TAENZER-UNNA'y*, *WEIGERT'a* i *GRAM'a*. Nie będę tutaj opisywał każdego preparatu oddzielnie, lecz postaram się streścić wyniki badania drobnowidzowego, poczynając od zmian względnie świeżych i stopniowo przechodząc do najdawniejszych. Otóż **ś w i e ż s z e o g n i s k a c h o r o b o w e** [ze skóry uda] dają następujący obraz.

Skóra jest zgrubiała, a jej powierzchnia pofałdowana, wskutek czego naskórek przedstawia cały szereg zagłębień i wzniesień. Przy małym powiększeniu można się przekonać, iż głównem siedliskiem sprawy patologicznej są głębsze warstwy skóry. Widzimy tutaj oddzielne, niezbyt liczne ogniska komórkowe, które się mieszczą przeważnie dokoła torebek włosowych, *mm. arrectores pil.* i kłębuszków gruczołów potowych, rzadziej zaś niezależnie od tych narządów—dokoła naczyń krwionośnych. Zasadniczą część składową tych ognisk stanowią dwa typy komórek. Jedne są kształtu owalnego lub podłużno-owalnego o ciele dosyć przezroczystem i zawierają duże pęcherzowate, słabo barwiące się jądro wyraźnej siateczkowatej budowy z kilkoma mniejszymi i większymi jąderkami. Na drugi typ składają się długie wysmukłe, wrzecionowate komórki o dobrze barwiących się jądrach, kształtu podłużnego lub wrzecionowatego. Są to zatem takie same komórki, jakie opisywałem w wielolicznych samoistnych mięsakach barwnikowych skóry typu *a*) *KAPOSI'ego*. Jak tam, tak i tutaj muszę przede wszystkim zwrócić uwagę na pochodzenie komórek nowotworowych z przybliżonka naczyń krwionośnych. Tych ostatnich w każdym świeżem małym ognisku jest liczba umiarkowana; nowopowstałych naczyń, o ile sądzić mogłem, w tych ogniskach jeszcze nie ma [czego właśnie nie można powiedzieć o ogniskach starszych]. Naczynia są znacznie rozszerzone, a ich śródbłonek napęczniały, co zwłaszcza wyraźnie występuje tam, dokąd masa iniekcyjna nie zdołała przeniknąć. Bezpośrednio do ścian naczyń przylegają komórki kształ-

tu owalnego lub, co częściej,—podłużnego o jednym lub dwu ostrych biegunach i okrągłym lub podłużno-owalnym jądrze. Kierunek tych komórek względem osi naczynia zwykle bywa prostopadły lub lekko ukośny, a ułożenie w szeregi dosyć prawidłowe. Spostrzegamy to jednak tylko w pierwszych 2—3-ch rzędach. Im dalej ściany naczyń, tem więcej spotykamy komórek wrzecionowatych i podłużno-owalnych, w których się jednak już nie można dopatrzeć prawidłowości w ugrupowaniu. Zależy to widocznie od tego, że naczynia biegną nazbyt blisko siebie, wskutek czego zlewanie się oddzielnych okołonaczyńowych pochewek komórkowych odbywać się musi bardzo wcześnie. Ogniska nie są zbyt ostro odgraniczone, gdyż nowotworowe komórki zewsząd wrastają w otaczającą tkankę, oplatając oddzielne wiązki włókien klejodajnych lub biegnąc wzdłuż szczelin chłonnych w kształcie cienkich, lecz niekiedy dosyć długich falistych smug. Dość energicznie odbywa się też wrastanie w tkankę podskórną.

Oprócz opisanych spotykałem jeszcze w ogniskach bardzo dużo komórek tucznych (*Mastzellen*) oraz umiarkowaną liczbę plazmatycznych (*Plasmazellen*). Te ostatnie zazwyczaj leżały niewielkimi gromadami w najbliższym sąsiedztwie naczyń krwionośnych i chłonnych i po większej części należały do postaci degeneracyjnych. Tu i owdzie widać też było trochę leukocytów.

Tkanka łączna w obrębie ognisk uległa bardzo znacznemu zniszczeniu. Włókien sprężystych—mało, a barwią się nader słabo.

Na szczególną jednak uwagę zasługują zmiany układu chłonnego, spostrzegane zarówno w ogniskach mięsakowych, jak i też w ich sąsiedztwie—w otaczającej tkance łącznej skóry. Zmiany te już wyraźnie występują w świeżych, drobnych ogniskach i początkowo polegają na umiarkowanym rozszerzeniu naczyń i szczelin chłonnych, które biegną we wszystkich kierunkach w kształcie nieprawidłowej sieci. W miarę wzrostu ognisk rozszerzenie dróg limfatycznych staje się coraz znaczniejsze tak, że miejscami tkanka mięsakowa zupełnie ustępuje na drugi plan. Takie ogniska posiadają budowę, podobną do gąbki: przecina je cały system szerokich, komunikujących się kanałów, których cienkie przegródki składają się jedynie z włókienek ocalałej tkanki łącznej i względnie niewielkiej liczby komórek nowotworowych. Te ostatnie mieszczą się pojedynczo też i w samych szczelinach, gdzie je za życia ze wszystkich stron otacza wolno przeciekająca limfa. Wzmiankowane rozszerzenie dróg chłonnych jest jednak jeszcze o wiele znaczniejsze w sąsiedztwie ognisk. Tutaj szczeliny między wiązkami włókien klejodajnych są tak szerokie, że nawet gołym okiem można je łatwo zauważyć, zaś przegradzające je beleczki tkanki łącznej ulegają stopniowemu zanikowi. Im dalej jednak ognisk, tem mniej wyrażeniemi stają się opisane zjawiska i dlatego też bardziej powierzchowne warstwy skóry pod tym względem prawie się nie różnią od normy, a w warstwie brodawkowej obrzęk jest tak nieznaczny, iż powoduje zaledwie niewielkie uciśnienie sopli naskórkowych.

Co zaś do skóry, położonej powyżej ognisk, to najważniejsze dostrzegane w niej zmiany dotyczą drobnych naczyń krwionośnych. Zmiany polegają na początkowych fazach bujania przybłonka. Dokoła rozszerzonych naczyń po-

wstają cienkie pochewki, złożone z 1—2 szeregów takich komórek, o jakich wyżej mówiłem, i niewielkiej liczby komórek plazmatycznych oraz tucznych. Ognisk tutaj nie widać. Sama tkanka skóry zawiera więcej niż zwykle stałych tkanko-łącznowych komórek i dużo tucznych. Włókna sprężyste są dobrze zachowane, lecz stanowczo zmniejszone w ilości. Warstwa brodawkowa —niezmieniona.

Ilość barwnika jest nad wyraz obfita i to nie tylko w ogniskach, lecz i w skórze właściwej. Komórki nowotworowe w ogniskach i stałe komórki tkanko-łącznowe są niemal wszystkie bez wyjątku przepełnione drobnymi żółtawymi ziarenkami. Dużo ciemno-żółtych lub rudych ziaren i grudek barwnika znajduje się też między komórkami w ogniskach mięsakowych i poza nimi — w szczelinach tkanki łącznej skóry. Barwnik daje odczyn na żelazo i oczywiście pochodzi z rozległych wynaczynień, spostrzeganych w *pars reticularis* w sąsiedztwie ognisk mięsakowych. W samych ogniskach wynaczynienia są bardzo nieznaczne.

Gruczoły potowe po większej części uległy zagładzie. Spotykamy je zwykle w środku mniejszych ognisk. Tutaj, wskutek ucisku ze strony rozwijającego się nowotworu ulegają one zwyrodnieniu i zanikowi. To samo da się też powiedzieć o torebkach włosowych i gruczołach łojowych. Zwłaszcza te ostatnie spotykałem w preparatach niezmiernie rzadko. O wiele odporniejszymi wydają się *mm. arrectores pil.*, które miejscami są wcale dobrze zachowane.

Naskórek jest wogóle ścięńczały. Sieć MALPIGHI'ego składa się z mniejszej, niż zwykle, liczby warstw. Jądra komórek już to zachowały wygląd normalny, już to posiadają kształty nieprawidłowe i bardzo słabo wchłaniają barwniki. Mostki międzykomórkowe są po większej części dobrze zachowane. Tu i owdzie dostrzedz można oddzielną komórkę wędrującą. Ilość barwnika jest bardzo znaczna nie tylko w komórkach walcowatych, lecz i w kolczastych. Warstwa ziarnista zniesiona lub też zredukowana do jednego szeregu bardzo płaskich komórek, zawierających zaledwie trochę ziarenek keratohyaliny. W nieco zgrubiałej warstwie rogowej — zjawiska parakeratozy. Naskórek łuszczy się.

Dalszy rozwój tych mięsaków, widoczny z całego szeregu preparatów, pochodzących z różnych miejsc, odbywa się w sposób następujący. Liczba ognisk mięsakowych w skórze, jak również i w tkance podskórnej stopniowo wzrasta. Oddzielne ogniska powiększają się, przyczem liczba naczyń krwionośnych staje się w nich bardzo znaczną. Rozszerzenie dróg limfatycznych również wzmacnia się mniej więcej równoległe z rozrostem mięsaka. Wreszcie oddzielne ogniska poczynają się zlewać, co zwłaszcza widocznem się staje tam, gdzie zmiany są najstarszej daty [stopa i dolna połowa goleni]. Preparaty, pochodzące z tych właśnie miejsc [gdzie zmiany patologiczne są oczywiście najdalej posunięte], dają następujący obraz drobnowidzowy.

Preparaty są krajane w taki sposób, iż skrawki obejmują część zmienionej skóry, ostry brzeg i część otaczającej, względnie zdrowej skóry. W obrębie skó-

ry zmienionej widać rozlaną tkankę mięsakovą, która się poczyną tuż pod brodawkami, a kończy w warstwie podskórnej linią łamaną. W środkowych częściach udział zmienionej skóry tkanka ta jest zupełnie jednolita, zaś w obwodowych składa się z wyraźnych, lecz bardzo blisko siebie położonych ognisk. Tkanka mięsakowa składa się z komórek wrzecionowatych i podłużno-owalnych, o których wyżej była mowa; tucznych i plazmatycznych jest stosunkowo niewiele. Liczba naczyń krwionośnych jest nader znaczna. Ich stosunek do komórek nowotworowych pozostał ten sam. Tutaj jednak w wytwarzaniu mięsaka przyjmują udział nawet większe naczynia—tętniczki, a nawet częściej żyły, mieszczące się w głębokich warstwach skóry na granicy tkanki podskórnej. Naczynia te są niekiedy otoczone bardzo pięknymi płaszczami, składającymi się z 10—15-tu szeregów komórek. Szczeliny chłonne są kolosalnie rozszerzone, zwłaszcza w górnej połowie masy mięsakowej. W miejscu tem cała tkanka jest jakby podziurawiona tak, że niekiedy preparat robi wrażenie limfangiomatu, którego beleczki uległy mięsakowemu zwyrodnieniu. Obrazy te najwyraźniej jednak występują w skórze palców, w której rozszerzenie dróg limfatycznych jest zjawiskiem dominującym. Tutaj komórki nowotworowe uległy widocznie wskutek ucisku częściowemu zanikowi, a cała skóra przy oglądaniu pod światło wygląda niby sito. Wynaczynień w samej tkance mięsakowej dostrzedz nie mogłem, zato barwnika ziarnistego było bardzo dużo. Sieć włókien sprężystych jest niemal doszczętnie zniszczona. Gruczołów potowych i łojowych nie widać; gdzieniegdzie—resztki torebki włosowej.

Warstwa brodawkowa i przylegający pas podbrodawkowej są nad masą mięsaka stosunkowo mało zmienione. Brodawki są nieco spłaszczone, miejscami nawet zupełnie wygładzone. Dostrzegamy tutaj bardzo umiarkowany obrzęk, nieco więcej, niż zwykle, komórek tkanki łącznych i trochę ziarnistego barwnika. Naczynia włoskowate brodawek są umiarkowanie rozszerzone, a ich śródbłonek—zgrubiały.

Pas przejciowy, z zewnątrz i z dołu otaczający skórę zmienioną, składa się z mniejszych i większych ognisk mięsakowych takiej budowy i własności, o jakiej wyżej mówiłem. Ogniska te również otacza system znacznie rozszerzonych szczelin chłonnych, pozostających w związku z szczelinami samej masy mięsakowej. Poza tym pasem—na zewnątrz—wzmiankowane rozszerzenie dróg limfatycznych kończy się dosyć raptownie tak, iż otaczająca skóra jest tylko w bardzo niewielkim stopniu obrzękła. Fakt ten pozostaje w zupełnej zgodzie z obserwacją kliniczną i tłumaczy, dlaczego brzeg zmienionej skóry jest tak wyraźny, ostro wycięty. Wszak nie może być inaczej tam, gdzie stykają się z jednej strony miękka, gąbczasta masa mięsaka, z drugiej—zbita tkanka łączna skóry.

Co się tyczy skóry, położonej poza pasem przejściowym, to prócz wspomnianego bardzo słabego obrzęku dostrzegamy w niej przede wszystkim zmiany w naczyniach krwionośnych. Niektóre z nich są jedynie rozszerzone, a ich

śródbłonek, jak zwykle, nieco zgrubiały. Tu i owdzie poczyna się jednak już i bujanie przybłonka, powodujące wytwarzanie się okołonaczyniowych pochevek komórkowych. Drobne ogniska widać gdzieś tam tylko w głębokich warstwach skóry. W sąsiedztwie naczyń znajdujemy miejscami gromady leukocytów lub komórek plazmatycznych. Tuczne komórki w znacznej liczbie są rozsiane w całej skórze. Na szczególną uwagę zasługują jeszcze rozległe wynacznienia w *pars reticularis cutis*, rozlewające się niekiedy na dosyć znacznej przestrzeni. Ilość barwnika jest bardzo obfita zarówno w komórkach, jak i poza nimi. Torebki włosowe i gruczoły skóry są dobrze zachowane. Warstwa brodawkowa jest prawie niezmieniona. Naskórek w obrębie masy mięsakowej jest cieńszy niż gdzieś indziej, poza tem jednak przedstawia się tak, jak o tem wyżej była mowa.

Oddzielnie wspomnieć muszę jeszcze o kościach. Zmiany, jakie w nich zaszły, najbardziej uwydatniają się w kościach palcowych. Na skrawkach, ciętych w kierunku pionowym ku osi palców, nie widać już ani kości, ani chrząstek, okostnej, torebek stawowych i ścięgien. Miejsce ich zajęła tkanka mięsakowa. Ta ostatnia pozostaje znowu z ścisłym bezpośrednim związkiem z takąż tkanką skóry i warstwy podskórnej tak, iż właściwej granicy między nimi niema. Jest to jednolita masa, w której granice zniszczonej kości zarysowują się tylko o tyle, że tkanka mięsakowa jest w tem miejscu nieco więcej zbita [co prawda nie wszędzie] i że tu i owdzie dostrzedz można oddzielną, odwapnioną beleczkę kostną, usianą osteoklastami. Sama tkanka mięsakowa w obrębie byłej kości posiada budowę, identyczną z opisaną w skórze. Jest to również wrzecionowato-komórkowy mięsak, powstały z przybłonka naczyń krwionośnych. Charakter angio-sarkomatu występuje miejscami zupełnie typowo. Widać zatem węższe i szersze płaszczyziny okołonaczyniowe już to podzielone warstwami tkanki łącznej, już to zlewające się. Gdzieś indziej jednak nowotwór podobny się staje do zwykłego wrzecionowato-komórkowego mięsaka z pęczkami komórek, krzyżującymi się w różnych kierunkach. Tutaj też tkanka zazwyczaj bywa więcej zbita. W innych jeszcze miejscach budowa jest jakby zrazikowata, przyczem oddzielne zraziki zupełnie przypominają owe ogniska mięsakowe, które opisałem w skórze. W nich też sieć limfatyczna jest stosunkowo najwięcej rozszerzona. Daleko posunięte zmiany znalazłem też w szpiku kości śródstopowych. Mięsak występuje tutaj ogniskowo lub w postaci więcej rozlanej. Budowa jego jest identyczna z wyżej podaną. Na uwagę zasługują tutaj niezmiernie obfite świeże wynacznienia, które miejscami powodują formalne nacieczenie tkanki mięsakowej czerwonymi krążkami krwi.

Niniejszy przypadek zaliczam do grupy samoistnych wielolicznych mięsaków barwnikowych skóry. Pod bardzo wieloma względami jest on zbliżony do typu *a*) Kaposi'ego, nie jest z nim jednak identyczny. Co do strony klinicznej, to jak tam, tak i tu sprawa poczyna się na konczynie, na częściach najbardziej obwodowych, postępuje w kierunku dośrodkowym, z biegiem czasu przechodzi na kości i pomimo dosyć długiego trwania nie wpływa ujemnie na ogólny stan chorego. Również i arsenik pozostaje bez wpływu na te mięsaki. Ró-

znica polega przedewszystkiem na tem, iż zajęta jest tylko jedna kończyna, choć choroba trwa już conajmniej 6 lat. Wartość tego faktu jest jednak tylko względna, czasowa. Co będzie za kilka lat, jak się zachowywać będą pozostałe kończyny, tego dzisiaj powiedzieć nie można. Najważniejszą i decydującą jest bezwarunkowo różnica w wyglądzie i własnościach tworów patologicznych. Przy typie *a*) mamy twarde plamki, półkuliste guziczki, guziki a nawet guzy chrząstkowej spoistości i rozlane nacieczenia mięsakowe, w których obrębie skóra jest zgrubiała, bardzo twarda i mocno napięta. Tego wszystkiego w danym przypadku nie ma, a przedewszystkiem nie ma guzów. Tutaj mięsak nie wyrasta guzowato, nie uwypukla się, lecz pełza w samej skórze, szerząc się obwodowo do pewnego *centrum*. Widzimy zatem rozlane mięsakowe zwyrodnienie skóry w kształcie ognisk, niewzniesionych ponad powierzchnię otoczenia, spoistości miękkiej, ciastowatej, o granicach ostrych. Co jednak najwybitniej charakteryzuje dany przypadek, to kolosalne rozszerzenie sieci dróg limfatycznych w obrębie wzmiankowanych ognisk. Że to nie jest jakiś *plus* przypadkowy, zależny od przeszkód cyrkulacyjnych w częściach wyżej położonych, na to wskazuje okoliczność, iż przeszkód takich nie znaleziono i że rozszerzenie to występuje nie w całej skórze odnośnej kończyny, lecz jedynie w obrębie ognisk chorobowych. Zjawisko to należy więc do istoty sprawy. Zawsze i wszędzie występuje ono na pierwszy plan i dominuje nad całym obrazem zarówno klinicznym, jak i mikroskopowym. Co się zwłaszcza tyczy tego ostatniego, to jak na to już zwracałem uwagę, rozwój i budowa mięsaków są w obu przypadkach niemal identyczne. Jak tu, tak i tam nowotwór posiada budowę mięsaka wrzecionowato-komórkowego, który powstaje z przybłonka naczyń, otaczających kłębki gruczołów potowych, torebki włosowej *mm. arrect. pil.*, choć nadmienić należy, iż w dalszym rozwoju mięsaka udział komórek stałych tkanki łącznej skóry bynajmniej nie jest wykluczony. Nowotworzenie naczyń krwionośnych, rozległe wynaczynienia i pigmentacja należą też i w danym przypadku do cech znamienych. Odrębność polega tylko, jak powiedziałem, na niezmiernem rozszerzeniu szczelin chłonnych. Co prawda, zjawisko to również nie jest obce mięsakom typu *a*). Wspomina o tem UNNA w swojej histopatologii, a i ja też stale zwracałem na to uwagę w moich poprzednich pracach. Tam jednak rozszerzenie szczelin chłonnych jest bardzo nieznaczne i, co najważniejsza, niestałe, gdyż występuje nie we wszystkich guzach i infiltratach, podczas gdy w danym przypadku jest zjawiskiem pierwszorzędnej wagi. Nadaje całej sprawie patologicznej zupełnie specjalną cechę i tak do gruntu zmienia obraz kliniczny omawianego cierpienia, iż rozpoznanie *lymfangioma* wydaje się miejscami zupełnie usprawiedliwione. Mając to na względzie, proponuję wyodrębnienie tej postaci jako oddzielnego typu, a właściwie mówiąc, podtypu samoistnych wielolicznych mięsaków barwnikowych skóry KAPOSI'ego i podaję nazwę: *Sarcoma idiopathicum multiplex en plaques pigmentosum et lymphangiectodes*.

Co się tyczy etyologii, to pod tym względem nic pewnego powiedzieć nie mogę. W skrawkach drobnoustrojów nie znalazłem, zaś hodowle, założone z płynu surowiczego ognisk, wykazały obecność w nim jakichś niechorobotwórczych

czych koków [powietrznych], które ze sprawą patologiczną nie wspólnego mieć nie mogą. Pozwolę sobie jednak jeszcze raz zwrócić uwagę na związek, zachodzący pomiędzy omawianymi mięsakami a różą. W danym przypadku róża poprzedzała rozwój choroby; była tym aktem wstępnym, którego dalszym bezpośrednim ciągiem było wystąpienie mięsaków. Czy nie jest to koincydencja? Być może. W każdym jednak razie powtarza się nazbyt często. Ja osobiście jestem zdania, że w danym razie róża nie tylko sprzyjać mogła wtargnięciu jakiegoś nieznanego jeszcze zarazka, lecz jednocześnie przez alterację dróg limfatycznych wytworzyć mogła podatny grunt dla jego rozwoju.

III. PRZYZCZYNEK

DO LECZENIA BLIZNOWATYCH ZWĘŻEŃ PRZĘŁYKU.

Podał

A. Ciechomski.



[Dokończenie — Patrz Nr. 30].

Pomijając rozbiór szczegółów, wyróżniających przytoczone dopiero spostrzeżenia, radbym zastanowić się nad niektórymi ogólniejszemi pytaniami w tej sprawie, mianowicie: kiedy należy wykonywać przetokę, jak leczyć zwężenie przy istniejącej przetoce, wreszcie—kiedy wolno jest zamknąć ostatecznie żołądek?

Co do wykonania przetoki, to chwila ta jest oczywiście w ścisłym związku z niedrożnością przełyku, niedrożność zaś zależy znowu od rozległości i głębokości oparzenia tego narządu. Zazwyczaj przystępujemy do zabiegu tego wówczas, gdy wszelkie usiłowania w celu rozszerzenia zwężonego miejsca stają się bezowocne, a chorzy wobec wzrastającej stopniowo przeszkody przestają już nawet przełykać płyny. Chwila ta w opisanych wyżej spostrzeżeniach przypadała pomiędzy 2½ a 8-iu miesiącami od czasu oparzenia przełyku i jak widać, następowała szybciej tam, gdzie oparzenie było rozleglejsze. Niezbyt głębokie, lecz opasujące owróżdzenie na wewnętrznej ścianie przełyku prawdopodobnie rychlej pociągnie za sobą prawie całkowitą niedrożność narządu, aniżeli oparzenie w kształcie mniej lub więcej szerokiej smugi. Z tem wszystkim nie należy zbyt długo zwlekać z nałożeniem przetoki, wciąż oglądając się

na skuteczność rozszerzań w pewnej części przypadków; skoro zaczyna powstawać wyraźne utrudnienie wtórne przy przełykaniu, zatem w kilka miesięcy po oparzeniu, a rozszerzanie nie daje widocznego polepszenia, należy przystępować do operacji niezwłocznie, nie czekając już na całkowitą niedrożność przełyku, wówczas bowiem zarówno wyniszczenie chorego, niezmiernie szybko postępujące, jako też i znaczne skurczenie się żołądka nie będą warunkami, sprzyjającymi zabiegowi operacyjnemu. Zresztą otworzenie żołądka, obok zupełnego zaniechania przyjmowania pokarmu przez usta, niewątpliwie przyspieszy zagojenie się pozostałych owrzodzeń w przełyku i, być może, wpłynie dodatnio na charakter tworzącej się blizny na miejscu owrzodzenia, nie drażniącego już więcej przeciskającymi się pokarmami. To rychlejsze znowu zagojenie się całego owrzodzenia w przełyku nie pozostanie również bez wpływu na skuteczność rozszerzań, które stanowią dalszy nasz cel; nie mówiąc już o sondowaniu od dołu, należy mniemać, że ujemny wynik rozszerzań blizny, istniejącej obok niezagojonego jeszcze owrzodzenia, w pewnej mierze zależy od drażnienia owego owrzodzenia i, co zatem idzie, od skurczu przełyku.

Nie tylko wszakże zwężenie, wyraźnie zaznaczone, będzie wyłącznem wskazaniem do zabiegu operacyjnego; przetokę żołądkową należy również wykonać tam, gdzie z powodu rozległości oparzenia przełyku blizna nie zdołała się jeszcze wytworzyć, a chorzy z obawy bólu przy przełykaniu unikają przyjmowania pokarmu przez usta. W przypadkach oparzenia przełyku niezbyt rozległego i głębokiego zwykle po kilku dniach, skoro miną pierwsze objawy zapalne, chorzy zaczynają przyjmować pokarmy i łykają dość dobrze przez kilka lub więcej tygodni, dopóki nie powstanie zwężenie; tymczasem w przypadkach cięższych brak owego okresu kilkotygodniowego, a chorzy od chwili oparzenia aż do czasu zwężenia przełyku wciąż doświadczają bólu i utrudnienia przy przełykaniu; wobec wielkiego upadku odżywiania u takich chorych przetoką żołądkową powinna być wykonana jak najrychlej, wcześniej bowiem mogą oni zamrzeć wskutek wyniszczenia, aniżeli zdoła wytworzyć się zwężenie. Warunki takie mieliśmy w spostrzeżeniu 5-em, jednak w tym razie przetoka była zrobiona za późno z przyczyn od nas niezależnych, mianowicie w chwili zupełnego wyczerpania chorego.

Na tem miejscu nawiasem dodam, że dla trawienia żołądkowego jest korzystniej, gdy chory z przetoką najpierw żuje pokarm, poczem wypłuka go do lejka, połączonego z przetoką, wówczas bowiem podczas samego żucia pokarmu, jak to wykazały doświadczenia PAWŁOWA, sok żołądkowy wydziela się obficie, chociaż pokarm nie zetknął się wcale ze ścianą żołądka, z drugiej znów strony żucie umożliwia i najlepiej ułatwia wprowadzenie pokarmów stałych przez cienką rurkę gumową, tkwiącą w przetoce; chociaż postępowanie takie zarówno dla chorego, jako też i dla otoczenia jest wielce odrażające, należy jednak stosować je zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie chorzy pomimo dostatecznego wlewania pokarmu bezpośrednio do przetoki, nie trawią dobrze i nie poprawiają się należycie.

Jak zaznaczyłem poprzednio, operacja według sposobu HACKER'a wydawała mi się dogodniejszą w porównaniu z innymi, przedewszystkiem w celu roz-

szerzania przełyku od dołu. Nie należy jednak sądzić, że przy tej metodzie przedostanie się z przetoki do wpustu jest bardzo łatwe; niekiedy dużo kosztował czasu ów rękoczyn i dopiero po wielokrotnem powtórzeniu udawało się szybciej wprowadzać tą drogą zgłębnik.

W większości przypadków po zrobieniu przetoki, skoro karmienie odbywa się tylko tą drogą, już po upływie 3—4-ch tygodni spostrzedz można wyraźną samoistną poprawę w przełykaniu.

W 3-ch pierwszych mych spostrzeżeniach widoczną poprawę zauważyłem mniej więcej po upływie miesiąca, do tej zaś chwili, zwłaszcza przez pierwsze trzy tygodnie, zabraniałem chorym przyjmowania pokarmów przez usta oraz nie śpieszyłem się zbytnio z rozszerzaniem. Ta poprawa w przełykaniu sięga tylko pewnej granicy, jakkolwiek jest wielką w porównaniu z zupełną prawie niedrożnością przełyku przed operacją. Skoro zatem w krótkim przeciągu czasu przekonamy się, że poprawa ta dalej nie postępuje, a chory może jako tako połykać tylko np. gęste płyny, przystępujemy niezwłocznie do rozszerzeń. W 2-ch pierwszych spostrzeżeniach rozszerzanie to wykonywałem zarówno z dołu, jak i z góry codziennie, pozostawiając zgłębnik przez $\frac{1}{2}$ godziny i dłużej w przełyku; obok tego w spostrzeżeniu 1-em pozostawiałem niekiedy zgłębnik przez całą dobę, połączywszy, końce jego zapomocą nitki; zwężenie tu było bardzo potężne i niezmiernie trudno poddawało się rozszerzaniu. W przypadku 3-im, dotyczącym kilkoletniego dziecka, rozszerzenie polegało na wprowadzeniu tylko zgłębnika i chwilowem zatrzymaniu; o dłuższem pozostawieniu, zwłaszcza w jamie ustnej, przy sondowaniu z góry nie mogło być mowy; mimo to jednak postęp w rozszerzaniu był widoczny.

Wobec wyraźnej poprawy przy rozszerzaniu zgłębnikiem z dołu i z góry, nie potrzebowałem w przypadku tym uciekać się do postępowania sposobem HACKER'a. Rozszerzanie takie polega na przeprowadzeniu przez usta i przez przetokę żołądkową nitki, a to zapomocą przetknięcia jednego jej końca i wydobycia z żołądka na zewnątrz; zarówno koniec nitki, wystający z żołądka, jako też i koniec jej, wychodzący z ust, przymocowujemy do obu końców rurki gumowej; tym sposobem nitka ta wraz z rurką tworzy jeden zamknięty łańcuch; przez pociągnięcie części nitki, wychodzącej z ust, rurka przechodzi przez żołądek i wpust, zatrzymując się dopiero w przełyku w miejscu zwężenia; przez mocniejsze wówczas pociąganie nitki rurka na miejscu przeszkody wydłuża się, a stając się cieńszą, łatwo wślizguje się w zwężone miejsce przełyku; skoro pociąganie ustaje rurka powraca do swego kształtu, a dzięki swej kurczliwości doskonale rozszerza wówczas miejsce zwężone. Rzecz oczywista, że takie rozciągnięcie rurki można jeszcze łatwiej osiągnąć przez pociąganie równoczesne górnej i dolnej części nitki w przeciwnych kierunkach. Zazwyczaj wystarcza zupełnie, gdy rurka taka tkwi w zwężeniu pół godziny, w przypadkach cięższych można pozostawić ją kilka godzin i nawet całą dobę, przeciąganie zaś rurki należy wykonywać z początku częściej a więc codziennie, później co 2-gi lub 3-ci dzień. Z powyższego widać, jak wyraźnie postępowanie takie zmierza do celu; jedyną, zdaje się, wadę jego stanowi sam początek, mianowicie przeprowadzenie nitki do żołądka, które nastrocza nieraz niepokonane trudności.

Przechodząc do pytania, kiedy należy zamknąć przetokę żołądkową, zaznaczyć przede wszystkim muszę, że nie należy śpieszyć się z tem zbyt, natomiast upewnić się należy przez pewien dłuższy przeciąg czasu o dostatecznem i łatwem odżywianiu się chorego przez usta. Chwila ta, gdy przetoka żołądkowa staje się zupełnie niepotrzebną, jest bardzo różna, co zależy od rozległości i średnicy zwężenia, jak również od postępu leczenia mechanicznego pod postacią rozszerzań; obok tego należy mieć na względzie zdarzające się niekiedy znaczne pogorszenia w przełykaniu, prawdopodobnie jako skutek spazmatycznego skurczu rozszerzonej już blizny, nieraz na tle moralnych wstrząsów. Przypadłości takie, uporczywie trwające i powtarzające się, spostrzegałem w 1-y m z opisanych przypadków i dlatego ostateczne zamknięcie przetoki żołądkowej wykonałem dopiero po 21 miesiącach od jej nałożenia, zatem w dwa lata po oparzeniu. W przypadku 2-im, nader pomyślnie przebiegającym, przetokę zamknąłem w 3½ miesiąca po 1-ej operacji a w 11¼, miesięcy po oparzeniu; naostatek w 3-im, najcięższym, u dziecka przetokę zamykałem bezskutecznie trzy razy, wreszcie po raz 4-ty zapomocą rezekcyi ściany żołądka osiągnąłem wynik pożądaný dopiero w trzy lata prawie po nałożeniu przetoki.

Co do samego zamykania przetoki, to wyznać muszę, że nie byłem tak szczęśliwy, jak niektórzy autorzy, którym wystarczyło tylko usunięcie rurki z przetoki a otwór sam szybko zagajał się; w każdym, spostrzeganym przeze mnie przypadku, po usunięciu rurki przede wszystkim niepoohamowanie wylewała się zawartość żołądka przez przetokę, dlatego więc nie wyczekując zmniejszenia się otworu, wyseparowywałem ścianę żołądka w wylocie przetoki, nakładałem na nią szew dwupiętrowy, poczem 3-ie piętro na powłoki brzuszne. Pomimo tak szczelnego zamknięcia w przypadku 3-im, przetoka trzykrotnie otwierała się na nowo, a przyczyny tego szukać należałoby zarówno w napięciu bliznowatych zmienionych, a więc mizernie odżywianych brzegów, jako też w parciu na nich od wewnątrz zawartości żołądka. Być może, że wcześniejsze zamknięcie przetoki wobec lepszych dla zrostu warunków dałoby wynik pomyślniejszy; niestety jednak musi być ono w ścisłej zależności od dostatecznej i trwałej drożności przełyku.

W pierwszej części tej pracy, mówiąc o gojeniu się owrzodzeń przełyku po oparzeniu, przytoczyłem przykłady współczesnego istnienia niezagojonych owrzodzeń ze zwężeniami bliznowatemi, co stwierdzone zostało podczas oględzin pośmiertnych w jednym przypadku po 5-iu miesiącach od oparzenia, w 2-im nawet po 8-iu. Gdybyśmy zatem w przypadku takim po należytem rozszerzeniu zwężonego miejsca zapragnęli co rychlej zamknąć żołądek, niewątpliwie doczekalibyśmy się po pewnym czasie ponownego zwężenia przełyku już na innem miejscu, skoro zagoiłoby się nareszcie owrzodzenie, istniejące oddawna obok pierwszego zwężenia. Mając na względzie podobne warunki, należy raczej ociągać się z ostatecznem zamknięciem żołądka pomimo dostatecznej drożności zwężonego miejsca, chyba że zapomocą wziernika przełykowego upewnimy się stanowczo i dość wcześnie o całkowitem zagojeniu się ścian przełyku zarówno powyżej, jak i poniżej dawnego zwężenia.

Na zakończenie radbym dodać jeszcze krótką wzmiankę o tak zwanym przelyku sztucznym. Pomysł przyrządu tego ogłosił niedawno SPIEGEL ¹⁾; przelyk sztuczny może być zastosowany przy istnieniu dwóch przetok: przelykowej i żołądkowej; sam przyrząd składa się z rurki elastycznej, naśladowującej przelyk i drewnianego walca, ustawionego równolegle do rurki i zaopatrzonego w sztyfciki, spiralnie ułożone. Walec obraca się zapomocą przyrządu zegarowego a sztyfciki naciskają kolejno na klocki, które znowu spłaszczają ścianę rurki elastycznej w kierunku z góry ku dołowi; tym sposobem zawartość rurki zostaje przesunięta ku dołowi, jakby zapomocą ruchów robaczkowych.

Jakkolwiek w opisie przyrząd ten wygląda dość pojętnie, wątpić jednak należy, czy jest on takim w zastosowaniu praktycznem. Nie mówiąc już o funkcyonowaniu owych klocków, przedewszystkiem przechodzenie pokarmu przez górną część przelyku ponad przetoką i przedostawanie się jego do rurki elastycznej przyrządu, podczas gdy poniżej przetoki przelyk jest jeszcze na pewnej przestrzeni drożny, wydaje mi się sprawą w wykonaniu trudną, niepodobną bowiem uniknąć wylewania się zawartości przelyku na zewnątrz, choćbyśmy usiłowali szczerlnie przystosować ową rurkę do wylotu przetoki przelykowej.

W każdym bądź razie pomysł jest bardzo chwalebny ze względu na fizyczne i moralne katusze chorych, skazanych na odżywianie się przez czas dłuższy wyłącznie przez przetokę żołądkową.

Przegląd bibliograficzny.

Dr. med. TEODOR HEIMAN. **Choroby narządu słuchowego.** Podręcznik dla lekarzy i studentów. Z 161 rysunkami w tekście. Warszawa, 1902. Z udziałem zapomogi Kasy pomocy dla osób, pracujących na polu naukowem, im. dra J. MIANOWSKIEGO. Str. XII. + 730. Cena rb. 3.

Piśmiennictwo nasze posiadało dotąd jedyny podręcznik otyatrii, napisany przez TACZANOWSKIEGO ²⁾ w r. 1869 „podług wykładów POLITZER'a i TROELTSCH'a“, nie więc dziwnego, że potrzeba podręcznika chorób uszu, uwzględniającego dzisiejszy stan nauki, była potrzebą palącą, tem więcej dającą się we znaki, że większość naszych lekarzy-praktyków tylko z książki może czerpać wiadomości otyatryczne. Tej potrzebie czysto praktycznej mógł być zaradzić zarówno podręcznik oryginalny, jak dobrze zrobiona kompilacya, jak wreszcie przekład odpowiedniego dzieła obcego; ambicyę naszą jednak mogła zaspokoić tylko praca oryginalna.

¹⁾ Berlin. klin. Woch. Nr. 5 r. 1902 a także referat PECHERANCA w Gaz. Lekar. Nr. 15.

²⁾ BR. TACZANOWSKI. Rys praktycznej otyatrii. Warszawa, 1869.

Z pośród otyatrów naszych najwięcej danych na autora takiego właśnie dzieła miał dr HEIMAN, jedyny lekarz polski, który przez długi szereg lat zarządzał wielkim oddziałem szpitalnym dla chorych na uszy. To też ukazanie się podręcznika HEIMANA powitaliśmy z zadowoleniem i uczuciem ulgi, jaką spowodowała przekonanie, że znowu jedna z luk naszego piśmiennictwa została wypełniona.

Niestety, powiedzmy wręcz, dzieło dra HEIMANA może zaledwie czynić zadość potrzebie praktycznej tych kolegów, którzyby się z otyatryą z polskiej książki zapoznać pragnęli: do piśmiennictwa naukowego wnosi bardzo niewiele jako dzieło kompilacyjne, nie oryginalne. Stwierdzamy to z wielką przykrością i uczuciem doznanego zawodu, tem przykrzejszego, że odczytanie przedmowy autora pozwalało się spodziewać rzeczy nawskroś oryginalnej.

Prócz wstępu historycznego, zaczerpniętego z podręcznika SCHWARTZE'go ¹⁾, oraz paru ustępów, oryginalnie napisanych [hygiena ucha, dezynfekcja], a stanowiących zaledwie drobną częśćkę pracy, każdy rozdział, każda stronica książki składa się z powiązanych ze sobą dłuższych lub krótszych urywków, dosłowie przełożonych lub w skróceniu podanych z podręczników: POLITZER'a, ²⁾ URBANTSCHITSCH'a, ³⁾ i JACOBSON'a ⁴⁾. Na dobro autora zapisać należy, że, nie chcąc, czy nie mogąc napisać rzeczy oryginalnej, wybrał przynajmniej podręczniki bardzo dobre, a z każdego z nich starał się wybrać do swej książki najlepsze ustępy; z drugiej jednak strony zarzuciłby mu można, że, nie chcąc widocznie z jednego autora dłuższego urywku zapożyczać, wiązał ze sobą krótkie kawałki ze wszystkich trzech podręczników, wskutek czego, nawet nie znając oryginałów niemieckich i czytając dzieło HEIMANA z przeświadczeniem o jego oryginalności, otrzymuje się wrażenie jakiejś mozaiki. A przytem przekład oraz sposób skracania nie są bez zarzutu: część błędów, zawartych w książce, pochodzi właśnie z błędów przekładu całych zdań lub pojedynczych wyrazów. „*Pflasterepithel*“ [POLITZER, str. 16] otrzymał np. nazwę „warstwy naskórkowej” [str. 32], „*Wange*“ i „*Schulter*“ [URBANTSCHITSCH, str. 233] przetłómaczono jako „warga“ i „łopatka“ [str. 198], „*Ausbruch*“ [POLITZER, str. 172] nazwano „pęknięciem“ wysypki [str. 210] i t. p.

Do błędów rzeczonych prowadzi też nieraz autora niefortunny, mechaniczny, że tak powiemy, sposób skracania ustępów z podręczników niemieckich. POLITZER np. [str. 47] powiada, że temperatura w przewodzie słuchowym zewnętrznym jest normalnie nieco niższa, niż pod pachą, lecz „*bei acuten Meningealaffectionen*“ spostrzegano, przeciwnie, wyższą ciepłotę w przewodzie; dr HEIMAN cały odnośny ustęp przytacza dosłownie, tylko zamiast „*bei acuten Meningealaffectionen*“ powiada krótko: „przy chorobach” [str. 29]. Na str. 97 swego podręcznika streszcza dr. HEIMAN w następujący sposób pewien urywek z URBANTSCHITSCH'a [str. 139]: „BOYER pierwszy przedstawił metodycznie prawa cewnikowania. Od tego czasu ITARD, KUH, KRAMER, DELEAU, MÉNIÈRE, TROELTSCH, LOEWENBERG, YEARSELEY, TRIQUET ... wynaleźli inne sposoby lub zmodyfikowali sposoby znane“. Tymczasem BOYER ogłosił swą pracę w r. 1877, KRAMER w r. 1836, YEARSELEY w r. 1852, TRIQUET w 1857, a ITARD umarł w r. 1858. Naturalnie, wspomniany ustęp u URBANTSCHITSCH'a od takiej niekonsekwencji jest wolny.

¹⁾ Handbuch der Ohrenheilkunde, herausgegeben v. H. SCHWARTZE [dzieło zbiorowe] Lipsk, 1893. Tom II, str. 858: WILH. MEYER. Geschichte der Ohrenheilkunde.

²⁾ A. POLITZER. Lehrbuch d. Ohrenheilkunde. Wyd. IV. 1901.

³⁾ V. URBANTSCHITSCH. Lehrbuch d. Ohrenheilkunde. Wyd. IV, 1901.

⁴⁾ L. JACOBSON. Lehrbuch d. Ohrenheilkunde. Wyd. II. 1898.

Niewolnicze trzymanie się pierwowzoru sprawia drowi HEIMANOWI inne jeszcze figle. Oto np. POLITZER ma prawo o sobie powiedzieć: „*Ich selbst beobachtete*“ [str. 98], jeżeli chodzi o potwierdzenie spostrzeżenia SCHWARTZE'go i LOEWENBERG'a z r. 1864—5 o otwieraniu się trąbki EUSTACHIUSZA podczas mówienia. Dr H., tłumacząc dosłownie odpowiedni ustęp z POLITZER'a, mówi na str. 89: „Niejednokrotnie przekonałem się o tem . . .“. W dobie w której, dr H. rozpoczął studia otyatryczne, nie miało już żadnego znaczenia „przekonanie się“ o fakcie, który wtedy dla nikogo już nie ulegał wątpliwości.

Przykłady powyższe nie są bynajmniej jedyne ani też najjaskrawsze.

Podręcznik dra HEIMANA składa się z przedmowy, „części ogólnej“, „części szczegółowej“ i dwu spisów rzeczy.

W części ogólnej znajdujemy przedewszystkiem „Wiadomości historyczne“, z których do dra H. należy kilkowierszowa wzmianka o piśmiennictwie otyatrycznem polskiem i rosyjskiem; spotykamy następnie rozdział o „znaczeniu i ważności chorób ucha“, poczem idą dwa rozdziały, poświęcone anatomii i fizjologii narządu słuchu. Rozdział V, rozpoczynający właściwą otyatryę, nosi nagłówek: „Fizykalne badanie narządu słuchowego“. Pomijając wiele niezręcznych zwrotów, zdań niejasnych, nieściśłych opisów rzeczy mniejszej wagi, a nawet wiele błędów, musimy tu zwrócić uwagę na bardzo zagmatwany, niejasny i niezupełny opis badania słuchu, opis, z którego z pewnością żaden czytelnik, nieobeznany z otyatryą, właściwego pojęcia o tej ważnej metodzie nie nabierze. Podkreślić również musimy brak najmniejszej wzmianki o motodzie BEZOLD'a badania słuchu zapomocą nieprzerwanego szeregu tonów (*continuirliche Tonreihe*), najdokładniejszej z podanych dotąd.

Tytuł następnego [VI] rozdziału brzmi: „Objawy ogólne [symptomatologia]“. Właściwie należało powiedzieć: „Symptomatologia ogólna“, gdyż rozdział ten zawiera opis wszystkich objawów chorób ucha, a więc zarówno ogólnych, jak miejscowych.

Po rozdziale, zatytułowanym: „Przyczyny, częstość, rozpoznanie i rokowanie“, a zapożyczonym całkowicie od POLITZER'a, następuje rozdział VIII: „Leczenie [ogólna terapia]“, rozpoczynający się od „dezynfekcy“. Jak wspomnieliśmy na początku, owa „dezynfekcja“ jest ustępem zupełnie oryginalnym, niezapożyczonym, ale też tak słabym, że nawet krytykować go niepodobna; można się tylko pocieszać nadzieją, że wobec coraz większego rozpowszechnienia znajomości aseptyki i wiary w jej potrzebę niewielu czytelników ustęp ten potrafi obalamować.

Rozdział IX [„Hygiena ucha“] stanowi również, jak „dezynfekcja“, niezaprzeczoną własność dra HEIMANA i również, jak tamten, jest bardzo słaby. Dość powiedzieć, że nie znajdujemy w nim nawet wzmianki o tak częstej przyczynie chorób ucha, jak nieodpowiednia terapia chorób nosa [przestrzykiwania, wdmuchiwanie, tamponowanie nosa i t. p.] lub nieodpowiednie zachowanie się w katarach tego narządu, a natomiast czytamy o tem, „że nakrycie głowy . . . powinno mocno siedzieć na głowie, by nie zostało zrzuczone lub przemieszczone [? *spraw.*] przy silnym wietrze [str. 185], że „osoby starsze i łyse . . . dobrze robią, gdy nosić będą lekką jedwabną lub wełnianą czapeczkę na głowie“ i t. p.

Część szczegółowa podręcznika obejmuje choroby wszystkich trzech części anatomicznych narządu słuchu, w końcu zaś rozdziały: „O związku między chorobami narządu słuchowego a chorobami całego ustroju i pojedynczych jego narządów“, „O znaczeniu chorób narządu słuchowego dla służby wojskowej, pod względem sądowo-lekarskim, dla ubezpieczenia na życie i dla służby na kolejach żelaznych“, oraz „Choroby nosa i jamy noso-gardzielowej“. Nie będziemy tu omawiali, ani nawet wyliczali poszczególnych rozdziałów tej części; powiemy tylko, że wszystkie one, jak i część ogólna, są kompilacją, może tylko

nieceo lepszą: dr HEIMAN, jako praktyk, lepiej jest zapewne obeznany z patologią i terapią szczegółową chorób ucha, niż z bardziej teoretycznymi kwestyami, stanowiącymi przedmiot części pierwszej i dlatego kompilował tu lepiej, dodając gdzieś swoje własne spostrzeżenia. Tylko opisy operacji nie odznaczają się ani jasnością, ani ścisłością i niewielką też korzyść czytelnikowi dać mogą.

Styl podręcznika nie jest jednolity: obok ustępów, dość gładko napisanych, w wielu miejscach napotykamy zdania, bardzo niezręcznie zbudowane, jak np.: „Przebieg choroby jest szybki, wraca po usunięciu, daje początek guzom wtórnym . . . i prowadzi do charłactwa” [str. 213], lub: „Dla utrzymania tłka w czystości powinien być wyrobiony w azbestu” [str. 153]. Zdań podobnych wiele się napotyka, a już na każdej prawie stronnicy nie brak przynajmniej jednego zdania w rodzaju: „Wpędzając powietrze, takowe mocniej wpadnie” i t. d. [str. 90]. Mamy tu sporo i nieodpowiednich wyrażen, jak: „liczna i droga literatura zagraniczna” [str. X], „narząd” [w znaczeniu „przyrząd”, —o kate-terze, str. 90], „cewniki są bolesne” [str. 192], „rana”—zamiast „owrzodzenie” [str. 200], „woszczek wmożony” [str. 229], „próżność w głowie” [str. 298], „osłupiałość chorego” [str. 586] i t. p. Wyraz „ilość” zamiast „liczba” [„ilość chorych”, „ilość dzieł”] stale jest używany. Stale również kładzie autor przymiotniki przed rzeczownikami.

Błędów językowych popełnia dr H. bardzo dużo. Nie mamy możności wyliczania tutaj wszystkich; przytoczymy tylko niektóre, szczególniejsze, które się częściej w książce powtarzają; a więc—„niedostatek” zamiast „wada” [str. 76, 78, 276 i t. d. oraz zamiast „brak, defekt” [str. 109], „naruszenie czynności serca” [str. 230], „przychodzi się” [str. 92, 100, 148 i t. d.], „zdarza się u początkujących” zamiast „początkującym” [str. 102], „zaczął się u niego psuć słuch” [str. 144], „powstała u mnie myśl” [str. X], „postawić rokowanie” [str. 146], „stawić rozpoznanie” [str. 123], „zmieniać okład każde dwie godziny” [str. 164], „przyjmować lekarstwo” [str. 143, 591], „mięsaśka można zmieszać z rakiem” [str. 213], „powstają lekko nawroty” [zamiast „łatwo”, str. 246], „pa-łeczka lapisu” [str. 274], „w latach 60-ych” [str. 173], „korzeń nosa” [str. 121], „napotkać na” [str. 122], „więcej, jak” [str. 119], „inny, jak” [str. 467], „uporządzenie słuchu nie możemy uważać za chorobę” [str. 142], „używa się prąd galwaniczny” [str. 173], „używamy stroiki” [str. 120], „próbować operację” [str. 457], „wymagano znajomość” [str. 20], „wyciągnięcie go” [str. 100], „wprowadzenie go” [str. 169], „badanie nie wymaga szczególnych przysposobień” [str. 75], „ciepłota niższa na 0,1⁰” [str. 29], „wyprysnięcie nalewki jodowej” [str. 203], „walik skóry” [str. 213], „zajęcie głowy” [„*Eingenommenheit des Kopfes*”, str. 154, 205, 231], „liszki z much”, „jaja z much” [str. 220, 223, 225], „koral z różańca” [str. 221], „żdźbło od owsa” [str. 229], „wstawić do ucha kawałek waty” [str. 275], „chluretyl”, „jodetyl”, „karbolgliceryna”, „niestosunkowe gorzej” [str. 124], „przewodnictwo brakuje” [str. 85, 119], „sprawy chorobowe na jedno ucho” [str. 139], „przy chorobach” [str. 29] i t. d. i t. d.

Żadnej jednolitej, utartej gramatyki i pisowni nie trzyma się dr H. w swej książce, chociaż błąd, raz popełniony, powtarza konsekwentnie i stale: pisze wszędzie: „przezemnie”, „odemnie”, „jestto”, „mieszać”, „najprzód”, „półtorochlorek”, „potass”, „nie ma” [zamiast „niema”, „elektroda”, lecz „elektrodów” i t. d.

Słownictwo anatomiczne łacińskie wprowadzono według uchwał Towarzystwa Anatomicznego, a polskie według KRYSIŃSKIEGO. W nazwach łacińskich jednak, jak również w nazwiskach autorów obcych spotykamy wiele błędów, stale powtarzanych: przypadek 2-gi od „*meatus*” brzmi wszędzie „*meati*”, wszędzie czytamy: „*hydrargyrium*”, wszędzie nazwisko HELMHOLTZ’a pisane jest błędnie. Mówiąc o terminologii, nie możemy pochwalić zbytniego pu-

ryzmu autora, który go skłonił do używania niezbyt szczęśliwie dobranej nazwy „stroik“, mającej oznaczać kamerton.

Rysunków w podręczniku znajdujemy 161; z pomiędzy nich tylko 7 jest oryginalnych [rys. 8, 9, 138, 139, 140, 141 i 142], lecz te, jako bardzo niewyraźne kopie cynkotypowe fotogramów, żadnej wartości nie przedstawiają. Pod większością rysunków, nie będących własnością dra HEIMANA, nie znajdujemy nazwisk autorów, od których zostały zapożyczone.

Ant. Kuczyński.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie z dnia 3. VI. r. b.

1. F. NEUGEBAUER przedstawił: przyrząd HOLLWEG'a (*Mutterschutz*), preparaty macicy (*fibromatosis uteri*, ciąża pozamaciczna), szereg fotografii, tyczących się obojactwa i wygięcia kręgosłupa.

2. LUXENBURG przedstawił preparat anatomiczny pierwotnego raka płuca z przerzutami do kręgosłupa.

3. R. SKOWROŃSKI przedstawił 3-letniego chłopca ze skurczem spastycznym rąk typu przepuszczającego (*„idiopatische Contracturen“* HENOCH'a).

4. J. JAWORSKI wygłosił odczyt p. t.: „Surowica przeciwpaciorkowcowa oraz jej stosowanie przy gorączce połogowej“.

Prelegent po krytycznym przeglądzie odnosnego piśmiennictwa i na zasadzie spostrzeżeń własnych [13 przypadków] streszcza swe wnioski w sposób następujący:

Surowica przeciwpaciorkowcowa, stosowana nawet w ilościach większych i przez czas dłuższy okazuje się nieszkodliwą i nie spowodza zaburzeń poważniejszych. Działanie jej uboczne przejawia się niekiedy w bólach mięśni i stawów, wysypkach i nacieczeniach na miejscu ukłucia.

Działanie tej surowicy nie jest pewne w każdej postaci gorączki połogowej; działanie szybkie, przecinające zupełnie sprawę chorobową, spotyka się stosunkowo rzadko; częściej wpływ jej przejawia się w ustąpieniu cięższych objawów zakażenia, w korzystnym zwrocie i skróceniu samego przebiegu choroby.

Surowica przeciwpaciorkowcowa działa lepiej, skuteczniej o ile stosowaną bywa wcześniej,—pewniej, gdy odrazu w większych dawkach [20—50 ctm. sz.]. Zastrzykiwanie powtarzać trzeba co 12 godzin, a nawet częściej, a w miarę, jak ciepłota spadać zaczyna, odstępy te czasu można przedłużać; w razie spadku ciepłoty nie zaprzestawać zastrzykiwań przez 1—2 doby, gdyż w ten sposób uprzedza się ponowne podwyższenie ciepłoty. Obok tego winno być zawsze stosowane w razie potrzeby leczenie odkażające i chirurgiczne.

Do ocenienia istotnej wartości leczniczej surowicy przeciwpaciorkowcowej niezbędne jest dokładne rozpoznanie bakteryologiczne rodzaju zakażenia, do zastosowania zaś jej leczniczego jest ono pożądane, lecz nie niezbędne, ponieważ nieobecność paciorkowców we krwi podczas badania nie wyklucza możliwości, iż zakażenie połogowe przez nie wywołane zostało.

Seroterapia gorączki połogowej nie może być swoistą w ścisłym tego słowa znaczeniu z powodu wielopostaciowości pod względem etyologicznym i patogenetycznym samego cierpienia oraz licznych i częstych skojarzeń mikrobowych.

Z punktu widzenia teoretycznego surowica t. zw. *polyvalens* okazuje się właściwszą i szersze zastosowanie znaleźć powinna.

W dyskusyi **ST. ZABOROWSKI** odmawia surowicy przeciwpaciorkowcowej wartości leczniczej, statystykę prelegenta uważa za zbyt szczupłą, by można było na niej coś budować. Odmiennego zdania jest w tym względzie **BR. SAWICKI**, którego zdaniem większe znaczenie, niż wielkość statystyki posiada jakość obserwacji. Na zasadzie doświadczenia własnego **S.** doszedł do przekonania, iż działania leczniczego surowicy przeciwpaciorkowcowej odrzucać nie można, przeciwnie, warto czynić dalsze próby [mówca przytacza odnośne przypadki z doświadczenia własnego]. **FR. KIJEWSKI** jest również zdania, iż ponieważ dotychczasowe doświadczenia kliniczne nie wykazują ujemnego działania surowicy na ustrój chorego [sposprzeżenia własne mówcy], w ciężkich przypadkach posocznicy, oprócz zabiegów chirurgicznych, bez żadnej obawy powinniśmy stosować surowicę przeciwpaciorkowcową. W myśl tę przemawia również **THIEME**.

KUCHARZEWSKI przytacza wyniki doświadczeń z zastrzykiwaniem surowicy przeciwpaciorkowcowej zdrowym królikom, z których przekonał się, iż surowica przeciwpaciorkowcowa działa nieszkodliwie na ustrój zwierzęcy.

PRUSZYŃSKI w dotychczasowych badaniach nad wpływem surowicy przeciwpaciorkowcowej na przebieg zakażenia znajduje zasadnicze wady w metodzie. W większości obserwacji nie dokonano badania bakteriologicznego, tak, że rodzi się wątpliwość, czy przyczyną zakażenia były paciorkowce, czy też inne pasożyty. Z drugiej strony w wypadkach obecności paciorkowców nie przeprowadzono z nimi badań na zwierzętach w celu określenia ich stopnia zakaźności. Większe znaczenie, niż statystyka, posiadają dla mówcy badania, polegające na określeniu stosunku surowicy badanego osobnika do wyosobnionych żeń streptokoków przed i po wprowadzeniu surowicy przeciwpaciorkowcowej.

Na zakończenie prelegent wyjaśnia niektóre zarzuty, uczynione mu podczas dyskusji [przez **ZABOROWSKIEGO**]; między innemi **PRUSZYŃSKIEMU** odpowiada, iż takich badań, jakich wymaga **P.** nie przedsiębrał, gdyż i nikt dotąd tego nie czynił; należą one do przyszłości. Prelegent się zastrzega, iż wnioski swoje wyprowadzał ostrożnie i dawnych metod leczenia bynajmniej nie odrzuca.

J. Brudziński.

Posiedzenie z dn. 17. VI. r. b.

1. **B. GEPNER** [syn] przedstawił chorego z mięsakiem melanotycznym dolnej powieki; guz ten już był parę razy usuwany i znowu się odnawiał. Oprócz tego u chorego spostrzegać się dają większe i mniejsze plamy melanotyczne na łącznicy powiek, na fałdzie półksiężycowej i na białkównce.

2. **STAN. ZABOROWSKI** przedstawił chorą, której usunął macicę oderwaną od pochwy i pękniętą w czasie porodu. Operacji dokonał **Z.** metodą **DOYEN'a**. Jednocześnie okazał preparat.

3. **JAN PILTZ** wygłosił odczyt p. t.: „O znaczeniu rozpoznawczem nieregularności konturów źrenicy w przebiegu organicznych chorób nerwowych. [Rzecz ta w całości drukowaną była w „Gazecie Lek.“].

W dyskusyi nad odczytem **PILTZA** **DUNIN** potwierdza wnioski prelegenta i podnosi znaczenie rozpoznawcze objawu, omawianego przez prelegenta. Uważa nierównomierne kontury źrenicy za okres wstępny do wystąpienia objawu **ARGILL-ROBERTSON'a** i za sygmat przymiotu.

J. Brudziński.

D-r Feliks Kołakowski

Choroby zębów i szczęk, plomb, zęby sztuczne, aparaty. 12—11

Krucza 41.

Dr. med. Leon Feuerstein

18—16

b. asystent przy katedrze fizjologii uniwersytetu Lwowskiego, b. hospitant kliniki prof. Łukasiewicza we Lwowie, kliniki prof. Kaposiego i oddziału prof. Langa w Wiedniu,
ordynuje, od 10 maja b. r. w **BAD HALL** (w górnej Austrii) Hotel Continental.

W szpitalu małżonków Poznańskich w Łodzi 5—2

wakuje od 1-go września r. b. posada lekarza miejscowego. Reflektanci zechcą po bliższe informację zwrócić się do naczelnego lekarza, d-ra Maksymiljana Cohna w Łodzi, Piotrk. 84.

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNY

3—3

J. S. KOCHA

Odznaczony dyplomem szkoły Ortopedycznej w Paryżu i dwoma złotymi medalami na wystawach lekarskich.

Przeniesiony z powodu powiększenia na ulicę Hortensya Nr. 6.
Wykonywa: sztuczne ręce, nogi, gorsety ortopedyczne, pasy rupturowe, prostuje skrzywienia kręgosłupa i szkieletu.

SZCZAWNICA

4—2

Sanatorium D-ra J. Kołaczewskiego przy zakładzie wodoleczniczym otwarte od maja do końca września. Środki lekarskie, klimat, picie wód mineralnych żętycy, kefiru i mleka, kąpiele hydropatyczne, mineralno żelaziste, rzeczne, elektryczne i mechanoterapia, inhalacja i t. p. Ceny przystępne.—Kuchnia wykwinna. Prospekty na żądanie wysyła Zarząd.