

GAZETA LEKARSKA

I. O LECZENIU SPRAW ZAPALNYCH PRZYMACI- CZNYCH, OKOŁOMACICZNYCH I PRZYDATKÓW MACICY.

(Koreferat do głównego tematu).

Przemówienie w d. 23 lipca 1907 r. na posiedzeniu Seceyi Ginekologiczno-Położniczej X-go
Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie

Józefa Jaworskiego.

Szanowni Panowie i Koledzy!

Mówiąc o sprawach zapalnych przydatków macicy, pamiętać musimy, że pojęcie zapalenia przydatków macicy jest pojęciem ogólnem zbiorowem, które, jako takie, tylko dopóty jest uzasadnione, dopóki istnieje znaczniejszych rozmiarów obrzęk, obejmujący całą okolicę przydatków macicy, a badaniem z powodu zmian miejscowych w tkankach, więcej szczegółowego wyniku otrzymać się nie udaje.

Z chwilą, gdy możemy wykryć i odróżnić zmiany w oddzielnych, poszczególnych częściach składowych przydatków macicy, pojęcie ogólne zbiorowe rozpada się i występuje obraz chorobny, a tem samem i nazwa właściwa danemu przypadkowi. Innemi słowy, sprawy zapalne przydatków macicy albo obejmują cały zbiór narządów i tkanin, albo tylko jeden, lub więcej z nich, gdy reszta sprawą chorobną objętą nie została. Ponadto, gdy zważymy, że sprawy zapalne bywają o różnem nasileniu, ostre i przewlekłe, że mogą mieć, różny przebieg i różne zejście, to zrozumiemy, że sprawy zapalne przymaciczne, okołomaciczne i przydatków macicy wspólne-

go obrazu chorobnego nie posiadają, a tem samem i leczenie spraw tych musi być bardzo różne, przystosowane do poszczególnych przypadków.

Temat więc postawiony na porządku obrad naszych, jest tak rozległy, tak obszerny, że bez przesady obejmuje leczenie prawie wszystkich cierpień narządów kobiecych.

Chcąc zdać sprawę z dzisiejszego stanowiska nauki w przedmiocie omawianym, wypadałoby napisać całe dzieło. Istotnie, jak wiemy, piśmiennictwo pod tym względem jest zasobnie uposażone, że wspomnę tylko prace VEIT'a, MARTIN'a, ROSTHORN'a, FREUND'a.

Przystępując dzisiaj, w roli koreferenta, do omówienia w obecności Sz. Kolegów tylko pewnych części tematu głównego, mam zadanie moje w pewnej mierze ułatwione. Główny referent bowiem, Sz. Gospodarz Sekcyi naszej, prof. A. MARS, temat nasz wspólny opracował w sposób, acz zwięzły i treściwy, lecz wyczerpujący.

Referat ten, w formie rozprawy ogłoszony jako rękopis drukowany, który wczoraj otrzymaliśmy, o ile mogłem się z nim zapoznać, zawiera obok całokształtu omawianej kwestyi, oryginalnie pomysłany podział spraw zapalnych przydatków macicy. Autor, wychodząc z założenia, że lekarz wśród obserwacji klinicznej bardzo często zna, albo przynajmniej łatwo się domyślać może źródła i drogi, skąd i którędy się drobnoustroje do przydatków dostały, lub dostać mogły, wprowadza podział tych spraw zapalnych, zbudowany na podstawie miejsca pierwotnego wystąpienia spraw zapalnych. Uwzględnienie zaś równocześnie źródła i drogi, którą się drobnoustroje dostały, posiada praktyczne znaczenie ze względu na leczenie. Referat tym sposobem obejmuje: Leczenie przypadków spraw zapalnych przydatków macicy z pierwotnem wystąpieniem sprawy zapalnej w tkance łącznej przymacicznej. Leczenie przypadków spraw zapalnych przydatków macicy z pierwotnem wystąpieniem sprawy zapalnej w otrzewnej. Leczenie spraw zapalnych przydatków macicy zapoczątkowanych w trąbkach. Leczenie spraw zapalnych przydatków macicy powstałych w przypadkach chorób zakaźnych.

Po rozejrzeniu się obecnie w treści referatu głównego, mnie, jako koreferentowi, pozostaje omówić tylko te metody leczenia spraw zapalnych przydatków macicy, które w referacie głównym nie zostały uwzględnione, a następnie co do niektórych kwestyi zaznaczyć własny pogląd, o ile on jest odmiennym.

W terapii przewłocnych spraw zapalnych miednicowych wiele metod posiada już prawo obywatelstwa, inne przechodzą dopiero okres prób i doświadczeń. Znaczna jednak większość ich powszechnie jest znaną i wypróbowaną, a opis takiego lub innego postępowania leczniczego w sprawach zapalnych przydatków macicy mógłby stanowić przedmiot nawet osobnego referatu. Ja ze względu na czas i miejsce zmuszony jestem bardzo się streszczać. Omówię przeto tylko pokrótce, następujące metody lecznicze.

Leczenie zapomocą rozszerzania jamy macicy spraw zapalnych trąbek i tkanki miedniczej zaproponował WALTON jeszcze w r. 1887.

Tęchnika polega: przy odurzeniu chloroformowem, po odkażeniu, wprowadza się do macicy cały szereg rozszerzadeł, które się pozostawia w jamie, około $\frac{1}{4}$ godziny. Ból przytem bywa wielki nim rozluźni się mięsień macieczny, co następuje mniej więcej po 20 minutach. Następnie zeskrobuje się błonę śluzową, szczególnie w okolicy dna i wylotów trąbek; przemywa się jamę ciepłym roztworem środka odkażającego, jak to chciał autor, roztworem kwasu karbolowego, a następnie, zastrzykuje się nalewkę jodową; pochwę się wypełnia gazą jodoformową.

DOLERIS zmodyfikował sposób ten przez zastosowanie do rozszerzania laminarii, a dla sączkowania macicy używał gazy jodoformowej, zmaczanej w glicerynie.

GOTTSCHALK, idąc za radą VULLIET'a, używał do rozszerzenia macicy pasemek gazy jodoformowej. Przez 5 dni codziennie zmienia pasma gazy, stopniowo zwiększając jej ilość, następnie, 6-go dnia, zostawia ją na 3 dni i t. d., dopóki nie widzi zmniejszenia się obrzęku, *resp.* wysięku, a wtedy zaczyna zmniejszać wielkość tamponów.

Wewnątrz-maciczne wstrzykiwania nalewki jodowej zaproponowane zostały przez MACKENRODT'a na tej podstawie, że zapalenia w przymaciczu i okołomaciczne rozwijają się i powstają ze schorzeń śluzówki macicy.

GRAMMATIKATI wprowadził do zastrzykiwań mieszankę: alumnol, jod i alkohol i stosował szeroko w najrozmaitszych zachorowaniach przydatków i otrzewnej miednicowej. Istotnie, pod wpływem metody tej nieraz poprawia się stan ogólny chorych, znikają krwawienia i zmniejszają się wysięki. Niedogodności przy stosowaniu systematycznych zastrzykiwań wewnątrz-macicznych polegają na tem, że chore, głównie po pierwszych wstrzykiwaniach powinny leżeć, powtóre, że czasami przez cały czas leczenia chore odczuwają ból dotkliwy w podbrzuszu.

Wewnątrz-maciczne wstrzykiwania 1% do 5% argentyminy, która głębiej do tkanek przenika i wyraźniej od azotanu srebra przeciwpasorzytniczo działa, a oprócz tego przez białko i sól nie strąca się, szczególnie przy schorzeniach natury tryprowej, dają nieraz dobre wyniki, a przynajmniej znaczną poprawę, o czem sam parokrotnie się przekonałem.

Wstrzykiwania te, t. j. nalewki jodowej i alkoholu, uważać można za metodę przygotowawczą do operacji, ponieważ pod ich wpływem, narządy odzyskują swą ruchomość, uwalniając się od otaczających wysięków i zlepek, a zrosty zatracają naczynia.

Koniecznym warunkiem pomyślnego wyniku przy leczeniu przydatków i otrzewnej miednicowej jest zapewnienie zupełnego spokoju schorzałym narządom. W myśl zasady tej próbowano w tych razach [SCHROEDER, SAENGER] zastosowywać pessaria, wyniki jednak zawiodły oczekiwania.

Ciepło od dawna ma w tych razach szerokie zastosowanie: tusze, okłady, moorbady, kolpeurynter połączony z naczyniem z gorącą wodą, [MIRTEL] gorące powietrze [SCHMALTZ].

Ciepło w postaci światła elektrycznego żarowego, sposób BIER'a-POLANO—kąpiele z gorącego powietrza należą dzisiaj do metod, bodaj najbardziej rozpowszechnionych, jako bardzo często dających wynik dodatni. Metod tych nie rozpatruję, ponieważ mamy na porządku obrad naszych osobne o nich referaty.

Leczenie obciążaniem, t. j. *Belastungstherapie*, zaproponowana jeszcze w r. 1892 przez AUVARD'a, a stopniowo doskonalona, ostatnio przez HALBAN'a i PINCUS'a przez zastosowanie równi pochyłej do ułożenia chorej i osobnego przyrządu, daje nieraz dobre wyniki w zapaleniach przymacicznych, a także w tyłozgięciu macicy ciężarnej.

W klinice Lwowskiej, jak się dowiadujemy, stosowane bywają „kataplazmy obciążające”. Kataplazmy te znaczniejszych rozmiarów na całe podbrzusze, grubości kilku centymetrów działają nie tylko jako środek termiczny, ale zarazem i jako obciążenie powłok brzusznych, wywierając ucisk jednostajny na obrzęk zapalny. Kataplazm taki stosowany bywa codziennie na jedną do dwóch godzin. Nie zaprzeczając wartości leczniczej tym kataplazmom obciążającym, uważam jednak, iż w żadnym razie zastąpić one nie mogą metody leczenia obciążaniem. Z chwilą, gdy metodę tę udoskonalono przez wprowadzanie do pochwy kolpeuryntera [BRAUN'a], napełnianego rtęcią, działanie jej na wysięki w przymacicach stało się bardzo wyraźne i pewne. Rtęć, mając wyższy ciężar gatunkowy, niż dawniej używany w tym celu sól, w takiej samej ilości, wywiera znaczniejszy ucisk i rozciąganie; następnie, jako ciało plastyczne lepiej wypełnia wszelkie wklęsłości i wypukłości wysięku; wreszcie rtęć pod względem technicznym przedstawia ułatwienie — bez przeszkód, szybko daje się wprowadzić, a następnie usunąć z kolpeuryntera. Już sama waga, stosowana przy metodzie tej—obciążanie od powłok brzusznych od 1000 do 2000 grm., od pochwy od 500, a u wieloródek do 1000 grm.—musi wyraźnie oddziaływać na wysięk, do którego przylega.

Pod wpływem takiego obciążania sklepienia, wypełnione wysiękami, odzyskać mogą właściwą im wypukłość. Rozciąganie pochwy dosięga niekiedy 1—2 ctm.; równocześnie ulegają rozciąganiu i *lig. vesico-uterina*, co posiada szczególną wartość w leczeniu *retroflexionis uteri*. Rzecz zrozumiała, że przeciwwskazaniem do stosowania metody obciążania będą wszelkie sprawy zapalne ostre i obecność ropienia w miednicy. Zbyt wielkie obciążanie stać się może szkodliwym dla zdrowych tkanek otaczających.

Metoda BIER'a stosowania aparatów ssących, t. zw. ssawek na część pochwową w przewłocznych sprawach zapalnych w przymacicach i zmianach w samym utkaniu macicy, już ze stanowiska teoretycznego posiada podstawę do zalecania. Cała bowiem grupa środków, jak *derivantia* i *revulsiva*, poniekąd *adstringentia*, szereg metod, jak mięsienie, suche, gorące powietrze, woda gorąca, metoda obciążania i t. d. działają głównie zapomocą przekrwienia, podobnie jak i ssawki BIER'a. Wszystkie jednak środki te prawie zawsze, działają tylko pośrednio i nie można ich dozować. Przyrządy ssące BIER'a, udoskonalone ostatnimi czasy przez technikę, które

w r. u. przedstawiłem w Warsz. Tow. Lek. posiadają obie te zalety. Stosując w ciągu ostatnich lat dwóch dosyć często przyrządy te, przekonałem się w kilkunastu przypadkach, że istotnie, w wielu razach, systematycznie [od 5 do 30 minut] przystawiana ssawka BIER'a na część pochwową wywołuje rozpulchnienie, rozmiękczenie stwardnień, zgrubień, blizn, niezbyt starych i sprzyja wessaniu się wysięków. W każdym razie metodę tę pod tym względem uważam za będącą jeszcze w okresie prób i doświadczeń.

Leczenie zapomocą tamponów z odnośnym środkiem oraz kolumnizacya, należą do najpospolitszych metod, a z prawdziwym zadowoleniem podnieść muszę tę okoliczność, że metody te często niedoceniane, w głównym referacie znalazły przynależną im zgodnie z wartością ocenę. Ja, z mej strony, w ten sposóbbym określił znaczenie i działanie tamponów w leczeniu zapaleń przydatków. Nasamprzód już tylko tampon służy do wprowadzania różnych środków leczniczych. Po wtóre, utrzymuje on przydatki w jednym i tem samym położeniu, a co za tem idzie warunkuje spokój. Po trzecie—przez ucisk usuwa stopniowo zastój w żyłach macicy. Wreszcie, ustala i utrzymuje schorzałe narządy, co ułatwia zajęcia chorym osobom, w końcu, jeżeli nie wyklucza, to osłabia więcej energiczny *coitus*. Tampon w połączeniu z gliceryną, dzięki osmotycznym jej własnościom, jest znakomitym sączkiem.

Obecnie przechodzę do elektroterapii, w ścisłem tego słowa znaczeniu. Światło łukowe, stosowane zapomocą osobnych przyrządów, t. zw. fotospekulów [siła 16 świec o 100 woltach] na część pochwową, w sklepieniu, zdaje się mieć przyszłość w leczeniu schorzeń macicy i jej przydatków, w przewłocznych i podostrawych postaciach.

Najważniejsze działanie jego—to własności kojące, które stopniowo, coraz wyraźniej w czasie stosowania występują.

Pod wpływem światła łukowego wysięki się zmniejszają, a zrosty i zlepy stają się podatniejsze, miękkie.

Nadżerki szyjki goją się dosyć szybko. Wypływ z macicy się zmniejsza i zmienia swoje cechy z śluzowo-ropnego na śluzowy.

Dysmenorrhoea spasmodica pod wpływem leczenia światłem łukowym przemija.

Do strony ujemnej metody tej zaliczyć trzeba ogólne osłabienie, senność, ból głowy, uczucie drętwienia kończyn i tułowia. Objawy te wymagają przerwy w leczeniu.

Leczenie prądem elektrycznym. Elektropunktura, zaproponowana, w r. 1884, na kongresie w Kopenhadze przez APOSTOLL'ego, należy do przeszłości i złożona jest do archiwum.

Prąd elektryczny, stosowany w schorzeniach okołomaciczych i przy-maciczych, powiększa napięcie nerwów; napięcie (*tonus*) naczyń, rozszerzonych wskutek zapalenia, zwiększa się; krwiobieg przyspiesza się, a zastój krwi wskutek zapalenia, znika. Do tego dołącza się podrażnienie nerwów,

przez wytwarzającą się u katody zasadę naczynia kurczą się i przyływ krwi do obrzęku zapalnego ustaje.

Oprócz tego prąd elektryczny posiada i inne działanie, bakteryobójcze, wskutek czego proponowany jest i stosowany w sprawach zapalnych w przydatkach macicy pochodzenia czysto zakaźnego, jak np. w *gonorrhoea ascendens*.

Bakteryobójcze działanie prądów elektrycznych, zdaje się, polega na wpływie na mikroby, właściwości zarówno fizycznych, jak i chemicznych prądów. Właściwości fizyczne prądów działają na mikroby wprost mechanicznie: poczynając od osłabienia ich żywotności — do zabicia; własności chemiczne działają albo wprost, wytwarzając truciznę chemiczną, i pośrednio, jako czynnik chemicznie zmieniający ich podłoże.

Przy elektrolizie płynów tkankowych rozkłada się znajdujący się w nich chlorek sodu.

Chlor *in statu nascendi* jest bardzo silną trucizną chemiczną dla mikrobów.

Przy tych elektryzacyach uzupełnia się elektrolityczne działanie prądu, przez wprowadzenie w bezpośrednie zetknięcie z tkankami ustroju dosyć stężonego roztworu soli kuchennej [3 — 5%] zapomocą elektrody dra ALEKSANDROWA, którą tutaj Panom przedstawiam. Dzięki budowie elektrody tej, napelnianej roztworem soli kuchennej, posiadamy pod dostatkiem materiału do wytwarzania Cl, ClH, ClHO u anody i w okolicy, co tłumaczy nam energiczniejsze działanie prądu.

Wreszcie, dodać muszę ze swej strony pewne uwagi co do sprawy, której, jako „mającej społeczne znaczenie”, w głównym referacie tak słusznie poświęcono szczególną uwagę. Jest to sprawa zreorganizowania leczenia trypra u kobiet.

Podzielając samą zasadę, tam wypowiedzianą, że leczenie początkowych zmian, tuż po zakażeniu u kobiet, powinno być bardzo starannie przeprowadzane, następnie, że w razie istnienia, chociażby najmniejszej bolesności, dającej się wywołać badaniem, przy stwierdzeniu zmian w trąbkach, należy stosować leczenie pobudzające, wessanie złogów wypocinowych bardzo energicznie przez tak długi czas, aż nie uzyskamy stanu przy badaniu zupełnie niebolesnego, wreszcie, dzielając zdanie, co do sposobów leczenia, że najlepsze wyniki otrzymać możemy z środków: jodowych, zawierających siarkę, kolumnizacyi, kąpeli, szczególnie, kąpeli z gorącego powietrza, przypominam o korzystnym, w pewnych postaciach i okresie cierpienia, działaniu prądu stałego, oraz o środku, mało u nas znanym, który autorzy niemieccy określają wprost jako „*Antigonorrhoeicum*”. Mówię o zyminie, czyli drożdżach sterylizowanych.

Badania, między innymi i moje drukiem ogłoszone, stwierdzają, że drożdże sterylizowane, dzięki wyjątkowym własnościom biochemicznym, działają zabójczo na bakterye. Prace doświadczalne i badania kliniczne stwierdzają,

że pod wpływem drożdży znikają nie tylko drożdżki tryprowe, lecz i paciorkowce i gronkowce i zarodki Proteusa.

Sama forma ich stosowania — pałeczki maciczne, cewkowe, pochwowe, jako działające *à demeure*, jak się przekonałem, nie pozostaje również bez wpływu korzystnego pod względem leczniczym.

Metoda zapobiegawcza, co do zarażenia się tryprem, wobec tego, że nauka, jak na teraz nie posiada środka ochronnego, polegać może i odnieść względnie jeszcze większy skutek, z uświadomienia ogółu o zaraźliwości trypra i ciężkich następstwach zakażenia tego, powtóre—o wpajaniu przekonania o moralnej odpowiedzialności każdego pod tym względem. Przytem, sądzę, że proponowana przez t. zw. *Lex Heintze* kara za zarażenie ze świadomością popełnione, jako sposób omal nieziszczalny w praktyce, bo wymagający drogą śledztwa udowodnienia świadomości, co do popełnionego czynu występnego, nie osiągnie oczekiwanych pod tym względem wyników.

Następnie, reorganizacya prostytutki, reforma urzędów ją kontrolujących, towarzystw ochrony kobiet, wreszcie, co uważam bodaj za najważniejsze, badanie prostytutek nie przez lekarzy policyjnych, lecz przez zawodowych ginekologów, a szczególnie dłuższe, dokładniejsze leczenie kobiet, chorych na trypra, wpłynąć może zapobiegawczo na zbytne szerzenie się tego cierpienia.

W końcu powiedzieć uważam za potrzebne, acz zdanie to wydać się może paradoksalnem, że ograniczenie co do zachorowań na trypra kobiet nastąpić może wtedy, gdy i mężczyźni chorzy na trypra przez naszych kolegów urologów dłużej, dokładniej, głównie przy przebiegu przewłocznym, utajonym, leczeni będą.

Dopóki to nie nastąpi, t. j. dopóki mężczyźni nie będą poddawani, nie tylko dla własnej korzyści, lecz, aby powiększyć liczbę zdrowych kobiet, które zabezpieczone zostaną od zarażenia, leczeniu dłuższemu, dokładniejszemu i odpowiedniejszemu, dopóty my, ginekolodzy, w ciągu dalszym, coraz częściej rozpoznawać będziemy ową *Noeggerathowską perimetritis recens*, nie tylko „*scortorum*“, lecz, niestety, i *conjugum*.

II. Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNO-GINEKOLOGICZNEGO dra GABSZEWICZA
W SZPITALU ŚW. ROCHA.

Przypadek mięsaka błony śluzowej trzonu
maciey.

Podał

M. Ryłko.

Petronela J., lat 38, włościanka, rodziła prawidłowo trzy razy; ostatni raz przed 6-u laty. Miesiączkowała po 4—5 dni co miesiąc. Od jesieni roku zeszłego miesiączkowanie stało się obfitsze, dłuższe i częstsze.

W lutym r. b. wykonano jej na prowincyi operację odjęcia polipa macicy. Przez miesiąc po operacji czuła się niezłe, nie krwawiła; od dwóch miesięcy zaś znowu zjawiły się obfite krwiste odchody w odstępach kilkunastodniowych; w okresach zaś między krwawieniami była dość obfita wydzielina wodnista; bólów chora nie miała, tylko uczucie parcia w dole brzucha.

Po zapisaniu się jej do szpitala w dniu 23-go maja r. b. przy badaniu znaleziono, co następuje:

Cała skóra barwy żółtawo-ziemistej; łącznice prawie zupełnie białe; odżywienie złe, skóra sucha, pozbawiona elastyczności; brzuch wiotki, zapadnięty.

Ponad spojeniem łonowem na 4 palce wyczuwa się macica bardzo ruchoma; przy uciskaniu samej macicy, jak również i jej otoczenia bólu żadnego niema. Przy badaniu przez pochwę okazuje się, że szyjka jest zupełnie otwarta, przepuszcza swobodnie dwa palce. W szyjce wyczuwa się zwieszający się swobodnie z jamy macicy twór, robiący wrażenie polipa; palcami, wprowadzonymi głębiej do jamy macicy, udaje się twór ten zupełnie swobodnie obejść dookoła, aż do dna macicy. Twór ten miękki, ślizki, dość mocno krwawi.

Przymacicza wolne, przydatki niezmięnione; macica bardzo ruchoma, wielkością odpowiada $2\frac{1}{2}$ —3 miesięcznej ciąży.

Korzystając z otwarcia macicy i z miękkości guza, spróbowałem zawartość macicy usunąć, co mi się w zupełności wprowadzonymi dwoma palcami do macicy z naciskaniem jednoczesnym ze strony powłok brzusznych, udało bez usypiania chorej.

Zawartość tę stanowiła blado-żółtawa masa, przezroczystawa, łatwo rwąca się, lecz w każdym poszczególnym kawałku dość stosunkowo spoista.

Cała ta masa była przyczepiona w dnie macicy na przedniolewej jej ścianie na przestrzeni srebrnego rubla, co na dotyk zaznaczało się jako niewielkie wzniesienie nad poziomem ściany macicy. Pozatem ściana macicy wyczuwała się jako zupełnie gładka, równa powierzchnia.

Z powodu dość żywego krwawienia jamę macicy wytamponowałem. W ciągu pierwszych kilku dni tampony codziennie zmieniałem, a po tygodniu zupełnie przestałem zakładać gazę; wydzielina stała się śluzową, czasami zlekka zaróżowioną. Macica zaczęła się zmniejszać, szyjka ściągać, tak, że po 10-u dniach końcem palca mogłem wejść zaledwie do dolnej trzeciej kanału szyjki macicy.

Usunięta z jamy macicy masa, na oko wydawała się nie posiadającą żadnej budowy. Wziąłem jednak kawałek do badania drobnowidzowego. Pod mikroskopem znalazłem, że owa masa składa się wyłącznie z komórek łącznotkankowych dość licznych, podługowatych i z istoty międzykomórkowej, mniej lub więcej będącej w stanie obrzęku. Przytem w miejscach swobodnie wiszących obrzęk był dość znaczny, w miejscach zaś, będących bliżej podstawy, mniejszy, tak, że wydawało się, że komórek łącznotkankowych jest tu więcej i że są ściślej ułożone. Ani na jednym preparacie nie znalazłem gruczołów błony śluzowej; naczyń zaś bardzo niewiele. Wobec takiego wyniku badania mikroskopowego, wobec odrodzenia się „polipa” po dwukrotnem usunięciu oraz ogólnego stanu chorej, przyszedłem do wniosku, że mam do czynienia ze złośliwym nowotworem natury łącznotkankowej, t. j. z mięsakiem. Postanowiłem przeto macicę usunąć. Lecz, chcąc chorą nieco wzmocnić po poprzednich krwotokach, zaleciłem jej żelazo, oraz dobre żywienie, mając nadzieję wykonać operację w dogodniejszych dla niej warunkach.

Niestety, na długo operacji odłożyć nie mogłem, gdyż już od 15—17-go dnia po opróżnieniu jamy, macica zaczęła się znowu powiększać dość szybko, tak, że w dniu 26-go czerwca r. b. przystąpiłem do wycięcia macicy przez pochwę.

Ze względu na niezajęte przymacicza, wycięcie poszło dość łatwo; niewielką przeszkodę stanowiła powiększona macica. Chora operację zniosła dobrze; okres pooperacyjny przeszedł gładko [w ciągu pierwszych paru dni było niewielkie podwyższenie ciepłoty]. Po dwu tygodniach wydzielili się wszystkie podwiązki i rana w sklepieniu przedstawiała się jako jasno-czerwona ziarninująca powierzchnia, wielkości dziesiątki miedzianej.

W niespełna jednak trzy tygodnie na owej powierzchni w sklepieniu zaczęło się formować nawarstwienie szaro-szkliste, które w ciągu paru dni wrosło w twór wielkości włoskiego orzecha, o charakterze owych mas w jamie macicy.

Stan chorej zaczął się pogarszać; straciła nabyte już nieco łaknienie; zjawily się bole w dole brzucha, a potem prawie w całym brzuchu, parcie i trudność w oddawaniu moczu; skóra stała się jeszcze bardziej ziemistą.

W ostatnich dniach w prawym biodrowym wyczuwało się dość bolesną wyniosłość. Jednocześnie prawie cała górna połowa pochwy została wypełniona nowotworem, mającym przyczep w dnie sklepienia pochwowego.

W takim stanie chora opuściła szpital dnia 9-go sierpnia.

Wycięta macica była powiększona; cała jama wypełniona ową masą, mającą rzeczywiście tylko na niewielkiej przestrzeni w dnio przyczep. Ściana macicy była cała zgrubiała, jakby przerośnięta, a zwłaszcza na miejscu, odpowiadającym przczepowi nowotworu. Cała wewnętrzna powierzchnia macicy była zupełnie gładka.

Przypadek powyższy pozwoliłem sobie ogłosić z powodu znacznej rzadkości mięsaka macicy wogóle.

GURLT ¹⁾, opierając się na dawniejszej literaturze, naliczył na 2649 przypadków guzów macicy 1571 raków, 883 włókniako-mięśniaków, a tylko dwa mięsaki.

Podobnież, ROGER WILLIAMS ²⁾ na 4115 nowotworów macicy naliczył tylko 8 mięsaków.

Podług GEISLER'a ³⁾ na klinice Wrocławskiej w ciągu 10-u lat na 2369 leczonych przypadków znalazło się tylko 8 mięsaków, gdy w tymże czasie było 405 raków i 288 „mięśniaków i innych nowotworów łagodnych”.

Wogóle na zasadzie dotychczasowych danych statystycznych można przyjąć, że stosunek mięsaków do raków macicy określa się mniej więcej jak 1:40.

VIRCHW, HEGAR i GUSSEROW odróżniają dwie grupy mięsaków macicy: mięsaki błony śluzowej macicy i mięsaki ściany macicy. Pierwsze są wynikiem bezpośredniego zwyrodnienia błony śluzowej. Co do drugich zaś, to według większości autorów, opierających się na powadze SCHROEDER'a, uważane są one za zwyrodnienie istniejących już włókniaków, lub mięśniaków macicy.

Pod względem klinicznym odróżniane są mięsaki trzonu, szyjki, oraz części pochwowej macicy. W tym względzie panują tu odmienne stosunki, niż przy raku.

Wbrew częstszemu występowaniu raka w dolnym odcinku macicy, mięsaki występują właśnie częściej w górnym odcinku. Według POSCHMANN'a w klinice w Halli w czasie od 1890 do 1897 r. obserwowano 403 złośliwe nowotwory macicy: 387 raków i 16 mięsaków. Z tego 377 raków zajmowało dolny odcinek macicy, a tylko 10 trzon. Z 16-u zaś mięsaków 11 wychodziło z trzonu, a 5 z szyjki.

Trzeba przytem zaznaczyć, że i ta liczba mięsaków szyjki w stosunku do trzonu w klinice tej uważana jest za wyjątkowo dużą.

Podług KRUKENBERG'a na Berlińskiej klinice uniwersyteckiej na 19 mięsaków macicy tylko jeden był szyjkowy.

Na zasadzie zestawień GESSNER ⁴⁾ [VEIT t. II] przychodzi do wniosku, że mięsak trzonu zdarza się 8 razy częściej od mięsaka szyjki. Pod względem wieku chorych, dotkniętych mięsakiem, należy zaznaczyć, że mięsak błony

^{1) 2) 3)} Cyt. u. VEIT'a. t. III. z. 2.

⁴⁾ Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. t. 23 s. 97.

śluzowej stosunkowo często występuje w wieku dziecięcym, następnie częściej znowu zjawia się w czasie występowania miesiączki i osiąga największej częstości na krótko przed, lub wkrótce po nastąpieniu *climacterium*, gdy przeciwnie jak rak, w 60-ym dziesiątku lat stosunkowo rzadko się trafia. Mięsak ściany zaś, jakby oszczędzając wiek młody, zjawia się częściej około okresu znikania miesiączki.

Anatomicznie odróżnia się rozlaną postać mięsaka błony śluzowej i polipowatą. Ta ostatnia postać przeważa tak w trzonie, jak i w szyi.

Mięsak błony śluzowej w większości przypadków nie wykazuje dążenia do wrastania w głąb ściany — owszem rośnie równie w kierunku mniejszego oporu, t. j. w stronę jamy macicy; sama zaś ściana macicy przedstawia znaczny opór i bardzo często w miejscu, odpowiadającym przyczepowi mięsaka na błonie śluzowej, jest zgrabiała, jakby nieco przerośnięta i dość mocno unaczyniona.

W przeciwstawieniu do mięsaków innych okolic ciała, mięsak błony śluzowej macicy przez długi czas ogranicza się wyłącznie do samej macicy i rzadko i stosunkowo późno daje przerzuty do innych narządów. Rozpoznanie mięsaka śluzowego może być z pewnością postawione tylko drogą badania mikroskopowego.

Leczenie polega na możliwie wczesnem wycięciu doszczętnem macicy, o ile naturalnie nowotwór nie przekroczył granicy samej macicy, lub niema przeciwwskazań ze strony ogólnego stanu chorej.

Wycięcie macicy najlepiej uskutecznić na drodze pochwowej, zwłaszcza wobec mięsaka błony śluzowej.

Pożądaniem jest, aby podczas operacji zawartość jamy macicy nie wyciskała się na świeżą ranę, i dlatego, o ile macica jest zbyt powiększona, należy na jakiś czas przed operacją zmniejszyć jej objętość albo zapomocą wyskrobania, albo zapomocą sporyszu, *Hydrastis*, gorących przemywań i t. p.

Co do wyniku operacyjnego leczenia, trudno wyprowadzić ostateczne wnioski z powodu niewielkiej liczby przypadków, jak również z powodu niemożliwości obserwowania dłuższego chorych po operacji.

GESSNER zebrał nieco danych w tym kierunku. Na 26 przypadków mięsaka błony śluzowej nawroty były stwierdzone w 10-u przypadkach: w dziewięciu przed upływem roku, a w jednym po dwu latach.

Na 35 przypadków mięsaka ściany macicy nawrót stwierdzono w 14-u przypadkach w ciągu 2—15-u miesięcy. 21 zostało zdrowych; obserwacja trwała po operacji 1—8 lat.

W moim przypadku miałem do czynienia z mięsakiem błony śluzowej trzonu macicy polipowatym.

Pomimo stosunkowo wczesnego operowania, gdyż, o ile wykazały wywiady, słabe objawy chorobne rozpoczęły się późną jesienią, w lutym zaś był już usunięty polip, a operacja wycięcia wykonana była w czerwcu, jednak nadzwyczaj szybko wystąpiła wznowa, bo nawet nie w zagojonej jeszcze ranie.

Dodatnio powinienby był wpłynąć na wynik operacyi i stan samej macicy, która żadnych zmian nie przedstawiała, tak, jak i jej otoczenie.

Naturalnie na zasadzie jednego przypadku nie można stawiać żadnych wniosków, lecz jabym się jednak trzymał w rezerwie przed twierdzeniem niektórych autorów, że pod względem rokowania operacyę mięsaka błony śluzowej można stawiać na równi z operacyą raka trzonu macicy, która daje bardzo wysoką odsetkę wyzdrowienia.

III. Z ODDZIAŁU USZNEGO SZPITALA UJAZDOWSKIEGO W WARSZAWIE.

W sprawie uleczalności i operacyjnego leczenia ropnicy pochodzenia usznego

Podał

Aleksander Żebrowski.

[Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37].

Anatomicznym współczynnikiem wyleczenia ropnicy usznej po usunięciu zakrzepu z zatoki, jest bezwątpienia całkowite wyłączenie schorzałej zatoki poprzecznej z ogólnego krwiobiegu. Gdy światło zatoki całkowicie zarośnie, gdy nastąpi jej zamknięcie, wtedy, rzecz prosta, przestaje ona być ogniskiem zarazy dla całego organizmu, lecz jednocześnie przestaje być narządem, spełniającym swe funkcye. Zamiast zatoki poprzecznej i wspólnej żyły szyjnej otrzymujemy wtedy łącznotkankowy zbity twór, który pozostaje w ustroju jako nieszkodliwe ciało obce. Przyroda niekiedy sama doprowadza sprawę ropnicową do tego względnie pomyślnego wyniku i znane są przypadki, w których podczas operacyi znajdowano całkowite zamknięcie zatoki. WARNECKE¹⁾ i HOFFMANN²⁾ opisują, pierwszy dwa przy-

¹⁾ WARNECKE. Zwei Fälle von Sinusthrombose mit bindegewebiger Obliteration des Sinus sigmoideus. Arch. f. Ohr. t. 48, s. 197.

²⁾ HOFFMANN. Ein Fall von Sinusthrombose mit bindegewebiger Obliteration des Sinus sigmoideus. Arch. f. Ohr. t. 50, s. 77.

padki, drugi zaś jeden całkowitej obliteracji zatoki poprzecznej drogą wytworzenia tkanki łącznej, organizacji zakrzepu, wreszcie zgrubienia, względnie sklejenia ścian zatoki poprzecznej, przyczem HOFFMANN twierdzi, że jego przypadek stanowi *unicum* w literaturze. [„Soviel ich weiss ist dies die erste Beobachtung von Sinusthrombose mit bindegewebiger Obliteration des Sinus am Lebenden“]. Wytworzenie warunków, wśród których możliwie szybko następuje całkowita eliminacja zatoki poprzecznej, względnie żyły szyjnej wspólnej, jest celem proponowanych ostatnimi czasy zabiegów operacyjnych w ropnicy usznej. GRUNERT, łącząc rozciętą zatokę poprzeczną z rozciętą żyłą szyjną, pragnie utworzyć otwartą ranę z zatoki, opuszki i żyły szyjnej wspólnej i lecząc tę ranę według ogólnych zasad chirurgicznych, wywołać obliterację tych naczyń. Amerykańscy otyatry [LEWIS¹⁾, Mc. KERNON²⁾, RICHARDS³⁾ i inni] wycinają znaczną część wspólnej żyły szyjnej wraz z powiększonymi i nacieczonymi gruczołami. Sądzę, że ten bardzo radykalny zabieg ma jednak rację bytu ze względu na fakt, że gruczoły, otaczające żyłę szyjną wspólną, w której znajduje się zakrzep rozpadowy, są częstokroć przepełnione drobnoustrojami [patrz niżej] i podczas gojenia się rany operacyjnej na szyi mogą być przyczyną uporczywych spraw ropnych.

Opisana w ostatnich czasach przez ALEXANDER'a bardzo dowcipna metoda operacyjna ropnicy usznej, polegająca na wszyciu górnego odcinka żyły szyjnej do rany, ma na celu również, jak i operacja GRUNERT'a, wywołanie zamknięcia żyły i zatoki przez ułatwienie odpływu ropy z górnego odcinka żyły szyjnej, z opuszki i zatoki poprzecznej. Która z tych metod operacyjnych jest najlepsza—przyszłość pokaże; mojem zdaniem każda z nich ma swoje dobre i złe strony. Operacja GRUNERT'a najradykalniejsza i najlogiczniejsza, jednak zdaniem samego autora stosowaną być może tylko w przypadkach prawie rozpaczliwych, jako *ultimum refugium*; przedstawia przytem znaczne, czasem nieprzewyciężone trudności techniczne. Operacja ALEXANDER'a niekiedy może zawieść ze względu na to, że w każdym razie wykonywając ją, nie wiemy, w jakim stanie znajduje się dolny odcinek opuszki żyły szyjnej i tkanka okołozylna. Wskazanie do tego lub innego zabiegu zależeć będzie od zmian, jakie znajdziemy podczas operacji. Gdy częstokroć obnażenie zatoki poprzecznej i usunięcie chorej kości z najbliższego sąsiedztwa zatoki wystarcza, aby przerwać sprawę ropnicy, innym razem należy rozszczepić zatokę i usunąć zakrzep, podwiązując jednocześnie żyłę szyjną wspólną. Zdarzą się jednak przypadki, gdy nawet ten

1) ROBERT LEWIS. Three cases of lateral Sinusthrombosis. Archives of Otolaryngology 1905, s. 11.

2) Mr. KERNON. Report of two cases of mastoidectomy, sinus thrombosis, ligation and resection of jugular vein: recovery. Archives of Otolaryngology, 1905, s. 298.

3) JOHN D. RICHARDS. Report of a case of infective sigmoid sinus and jugular thrombosis complicated by leptomenigitis. Lumbar puncture; subdural irrigation; death. Archives of Otolaryngology 1907, s. 198.

zabieg nie będzie wystarczał i wtedy należy obnażyć opuszkę na całej przestrzeni i wykonać operację GRUNERT'a; jednym słowem—widzimy, że w operacyjnym leczeniu ropnicy pochodzenia usznego mamy do rozporządzenia kilka metod operacyjnych, poczynając od zwykłej trepanacji wyrostka z obnażeniem zatoki poprzecznej aż do rozszczepienia całego kanału żylnego i wycięcia żyły szyjnej wspólnej.

Na zakończenie kilka słów o niebezpieczeństwie wyżej wspomnianych zabiegów chirurgicznych. Nawet zwykle obnażenie zatoki poprzecznej może spowodować zakażenie zatoki z następstwami najgorszymi dla ustroju. HAUSBERG twierdzi, że w literaturze otyatrycznej znane są zaledwie trzy przypadki, w których po obnażeniu zatoki nastąpiło zakażenie ustroju [przypadki GRUNERT'a, PAUSE'go i KOERNER'a; z nich pierwsze dwa zakończyły się zejściem śmiertelnym]. Nie wydaje się dość jasnym, w jaki sposób przy obecnej aseptyce może nastąpić zakażenie nie otwartej lecz tylko obnażonej zatoki poprzecznej. Liczne przypadki otwarcia zatoki umyślnego lub też wypadkowego, które zakończyły się pomyślnie, skłaniają do uważania o b n a ż e n i a zatoki za zabieg względnie niewinny. Inaczej sprawa stoi z podwiązaniem żyły szyjnej wspólnej; tu istnieją, choć rzadko, zбочenia anatomiczne, które same przez się mogą wywołać poważne zaburzenia po podwiązaniu jednej z żył szyjnych. M. DAUGEL ¹⁾ np. przytacza przypadek ROHRBACH'a, gdzie chora [rak nosa i przerzuty na szyi] po podwiązaniu lewej żyły szyjnej wspólnej w ciągu 5-u dni znajdowała się w stanie śpiączki, 6-go zaś dnia zmarła. Na sekcji znaleziono ogniska rozmiękle w mózgowiu; prawa zatoka poprzeczna, prawe *foramen jugulare*, i prawa żyła szyjna wspólna były niezwykle wązkie. Według RUEDINGER'a ²⁾ i LINSER'a ³⁾ znaczne zwężenie *foramin. jugular.* z jednej strony istnieje w 3% czaszek, a więc spotkać się z tą niebezpieczną anomalią można stosunkowo niezbyt rzadko i należy się z tem zjawiskiem liczyć, przystępując do podwiązania żyły szyjnej wspólnej.

Przechodzę z kolei do opisu przypadków ropnicy usznej, zakończonych zejściem śmiertelnym.

Przypadek I-szy. K., lat 24. Chory przybył na oddział 28. VI. 1905 r. z ropnem zapaleniem obydwu jam bębenkowych. Obadwa przewo-

¹⁾ DAUGEL. Ueber die Unterbindung der Vena jugularis interna. Beiträge zur Klinischen Chirurgie. t. 46, s. 496.

²⁾ RUEDINGER. Die Fossa jugularis und ihre individuelle Größenverschiedenheit M. f. O. 1875; cytowane u HESSLER'a.

³⁾ LINSER. Ueber Cirkulationsstörungen im Gehirn nach Unterbindung der vena jugularis interna. Beiträge zur Klinischen Chirurgie, t. 28.

dy słuchowe zewnętrzne wypełnione ropą, zaczerwione. W prawym bębnieku usznym niewielki otwór w odcinku przedniotylnym; ropienie z prawego ucha obfite, ropa cuchnąca; z lewego ucha ropienie nieznaczne, otwór w bębnieku mały, w przednio-dolnym odcinku. Obadwa wyrostki sutkowe niebolesne. Na uszy cierpi chory od dawna. Chory średniego wzrostu, dobrze zbudowany. Narządy wewnętrzne normalne.

Do dnia 25. VII. stan bez zmian. Ropienie z obydwu uszu zmniejszyło się nieco pod wpływem leczenia; podrażnienie i obrzęk zewnętrznych przewodów słuchowych znikły. Dnia 25. VII. nagły wstrząs, uporczywy ból głowy, ogólne osłabienie. Ropienie z obydwu uszu obfite, ropa zlekka cuchnąca. Wyrostki sutkowe niezmiennione, niebolesne. Ciężota wieczorem 40,3°. Następnego dnia zrana ciężota 40,5°; jednocześnie okazało się, że szyja z prawej strony wzdłuż prawej żyły szyjnej wspólnej jest zlekka bolesna na ucisk i przy ruchach głowy. Natomiast prawy wyrostek sutkowy całkiem niebolesny nawet przy znacznym ucisku. Ogólny stan dość ciężki.

Data	Ciężota		Tętno
	Zrana	Wieczorem	
26.VII.	40,5°	40,1°	120
27	36,8°	40,1°	116
28	38,7°	38,9°	110
29	37,5°	40,4°	110
30	38,2°	39,6°	100
31	39,1°	37,3°	100

W ciągu następnych 3-ch dni [do dnia 28. VII] bolesność w miejscu żyły szyjnej znikła, ogólny stan poprawił się znacznie, natomiast zjawiał się niewielki kaszel wraz ze śluzowo-ropną plwociną, a w płucach słyszeć się dały rozlane rżenia wilgotne. Prawy staw kolanowy zlekka bolesny przy ucisku, lecz nie obrzęknięty.

Dnia 2. VIII. stan ogólny bardzo ciężki, tętno nitkowate, 140; chory nawpół przytomny, na zadane pytania odpowiada bez związku; kaszel nieznaczny, bez plwociny. Wyrostki sutkowe obadwa niezmiennione i niebolesne. Na szyi w miejscu żyły szyjnej żadnego zgrubienia lub na-

cieczenia nie wyczuwa się. Nieznaczna bolesność obydwu stawów łokciowych.

Ciepłota od dnia 4. VIII. do dnia 10. VIII. była stale podwyższona z niewielkimi remisjami [na prz. 8. VIII. zrana 38,4°, wieczorem 39,2°].

Dnia 10. VIII. zjawił się nagle obrzęk prawego wyrostka sutkowego, przechodzący na prawą połowę twarzy. Prawy wyrostek sutkowy zleгка bolesny przy ucisku. Prawy staw kolanowy i obadwa stawy łokciowe zleгка bolesne, lecz nieobrzęknięte. Ogólny stan bardzo ciężki, tętno 120, nitkowate.

11. VIII. Obrzęk prawego wyrostka sutkowego oraz prawej połowy twarzy znacznie się powiększył. Bez względu na bardzo ciężki ogólny stan chorego zdecydowałem się na wykonanie trepanacji prawego wyrostka sutkowego i usunięcie zakrzepu z zatoki poprzecznej.

Trepanacja. Cięcie poziome, równoległe do linii skroniowej, przechodzi potem w półksiężycowe do wierzchołka wyrostka. Miękkie części nacieczone. Okostna oddziela się z trudnością. Kość chropowata. Przy pierwszym uderzeniu dłuta ukazała się ropa w dość znacznej ilości. Komórki sutkowe duże, wypełnione ropą. Po usunięciu *corticalis* i pierwszego szeregu komórek zauważyć się daje w głębi szereg białych kostnych pęcherzy, nadzwyczaj twardych. Kostne te pęcherze podobne są do perek; po usunięciu ich staje się widocznem, iż są to skostniałe komórki wyrostka sutkowego, wypełnione ropą. Kość, przylegająca do zatoki poprzecznej, została usunięta i zatoka obnażona na znacznej przestrzeni [4 ctm. wzdłuż i 2 ctm. wszerz]. Po usunięciu kości nad zatoką poprzeczną wypłynęło około pół łyżki gęstej ropy [ropień przedoponowy]. Ściana zatoki poprzecznej szarawego koloru, pokryta miejscami ziarniną. Ze względu na niewątpliwe objawy zakrzepu, rozciąłem zatokę poprzeczną na całej długości, na jakiej została obnażona, t. j. na 4 ctm. Zatoka całkowicie wypełniona była zakrzepem białawego koloru, znajdującym się w stanie rozpadu. Zakrzep został usunięty łyżeczką w kierunku dośrodkowym i odśrodkowym dotąd, aż z odcinka odśrodkowego nie popłynęła czysta krew. Z odcinka dośrodkowego [centralnego] krew się nie ukazała wcale. Przed rozcięciem zatoki poprzecznej utworzyłem szeroko *antrum mastoideum* i usunąłem schorzały wierzchołek wyrostka sutkowego. Do zatoki poprzecznej wsunięto wążki pasek gazy jodoformowej, poczem nałożono zwykły opatrunek.

Dnia 15. VIII. Ogólny stan chorego polepszył się nieco. Ciepłota zrana 39,2° — w. 39,7°, tętno 100, średnio napełnione. Obrzęk twarzy zmniejszył się znacznie. Ból w stawach również się zmniejszył. Około północy nagle wystąpiły objawy niedomogi sercowej; tętno nitkowate, 130, oddech przyspieszony, powierzchowny, stan ogólny bardzo ciężki. Wstrzyknięto pod skórę *Ol. camphorae*, wewnątrz *analeptica*.

Dnia 13. VIII. Zmiana opatrunku. Rana czysta; z rozciętej zatoki poprzecznej wypływa tętniąca ropa. Prawa połowa szyi zleгка obrzmiała i bolesna na ucisk. Wyczuwa się nieznaczne zgrubienie wzdłuż prawej ży-

ły szyjnej. Ciągły wstrząs. W nocy chory zmarł przy objawach niedomogi sercowej.

Wyciąg z protokołu sekcyjnego.

Częściowy świeży brak prawego wyrostka sutkowego z otworem do prawej zatoki poprzecznej, która otwarta jest na przestrzeni 4 ctm. w kierunku podłużnym i $1\frac{1}{2}$ ctm. w kierunku poprzecznym. Przekrwienie mózgowia i opon mózgowych. Ropne zapalenie obydwu uszu średnich. Rozmięknienie posokowato - ropiaste zakrzepu w prawej opuszcze żyły szyjnej i po części w żyły szyjnej wspólnej. Obrzęk płuc. Ostre mięszone zapalenie mięśnia sercowego, wątroby i nerek. Przekrwienie śledziony. Lewy wyrostek bez zmian. *Streptococcaemia*.

Badanie opuszki i żyły szyjnej wspólnej wykazało zmiany następujące. Ściany opuszki i żyły szyjnej wspólnej na całej przestrzeni uległy znacznemu zgrubieniu i nacieczeniu. Nadto skutkiem zgrubienia i nacieczenia otaczających tkanek żyła szyjna wraz z tętnicą dogłową zlały się na tyle, że odpreparować jedno naczynie od drugiego można zaledwo z trudnością. Gruczoły chłonne, otaczające żyłę szyjną, znacznie powiększone; wszystkie ich naczynia mocno przepełnione krwią; niektóre z nich zamknięte zakrzepami. Na wewnętrznej powierzchni żyły szyjnej wspólnej widać resztki zakrzepu przyściennego. W zakrzepie, w ścianie żyły szyjnej, a również w gruczołach — wszędzie widać wielką liczbę paciorkowców. Szczególniej wiele paciorkowców widać u wewnętrznej powierzchni żyły i w zakrzepie. W środkowej warstwie żyły szyjnej znajduje się tylko niewielka liczba paciorkowców. Ściana żyły szyjnej znacznie zgrubiała i nacieczona leukocytami. Tętnica dogłowa, jak również nerw błędny zmian żadnych nie wykazują.

Przypadek ten ciekawy jest z wielu przyczyn. U chorego z ropnem zapaleniem obydwu jam bębenkowych w miesiąc po przybyciu na oddział rozwija się ropnica o niezwykłym nasileniu. Obadwa wyrostki sutkowe wciąż są niebolesne i niezmienione; na czas krótki zjawia się nieznaczna bolesność wzdłuż lewej żyły szyjnej wspólnej, lecz wkrótce znika. Jednocześnie z wystąpieniem wstrząsów, chory staje zupełnie nieprzytomnym w przeciągu 2-ch dni — objaw spotykany w ropnicy usznej bardzo rzadko. Ogólny nader ciężki stan chorego, a zarazem ta okoliczność, że ropnemu zapaleniu uległy obiedwie jamy bębenkowe, nader ograniczały wskazanie do natychmiastowego zabiegu operacyjnego i dlatego postanowiłem z operacją czekać na wystąpienie więcej wyraźnych objawów. Nieznaczna bolesność przy ucisku na okolicę prawej żyły szyjnej wspólnej wskazywała poniekąd na sprawę zakrzepową w tem miejscu i na zakrzep prawej zatoki poprzecznej; bolesność ta jednak szybko znikła i tym

sposobem znikł ostatni punkt oparcia dla zabiegu operacyjnego. Nareszcie dnia 10. VIII. wystąpił obrzęk prawego wyrostka sutkowego, przechodzący na prawą połowę twarzy i zarazem zjawiała się bolesność prawego wyrostka sutkowego, poczem niezwłocznie wykonałem trepanację i usunąłem zakrzep z zatoki; operacja ta jednak, wykonana niewątpliwie zapóźno, nie mogła już uratować chorego.

Należy zwrócić uwagę na osobliwą budowę wyrostka sutkowego. Po usunięciu *corticalis* ukazał się w głębi cały szereg pęcherzy kostnych, przeciętnie wielkości grochu, nadzwyczaj twardych, białych jak kość sioniowa. Obraz był taki, jak gdyby do wyrostka sutkowego był włożony drugi wyrostek; dopiero po usunięciu pęcherzy kostnych, tworzących ten „drugi” wyrostek, można było otworzyć jamę sutkową. Nie ulega wątpliwości, że otwierając wyrostek, natrafiłem na poczynającą się sprawą kostnienia komórek sutkowych; sprawa ta, często spotykana w chronicznych zapaleniach ropnych w jamie bębnekowej, zdołała w tym przypadku wytworzyć zmiany tylko w głębokich komórkach sutkowych i w tym okresie rozwoju kostnego [sklerozy] wyrostka została wykonana trepanacja.

Podczas operacji znaczna część zakrzepu, wypełniającego zatokę poprzeczną, została usunięta, mimo to jednak już następnego dnia okazało się, że cała zatoka wypełniona była płynem ropiastym, pochodzącym z głębokiej części zakrzepu. Niewątpliwie w przypadku tym można było zaryzykować i wykonać operację GRUNERT'a, jednak z wielu przyczyn operacji tej zaniedbałem.

Przypadek powyższy, jak również i przypadek IV pouczają, jak małe znaczenie rozpoznawcze posiada objaw bolesności wyrostka sutkowego; w obydwu moich przypadkach bolesność wyrostka wystąpiła dopiero wtedy, gdy sprawa chorobna w wyrostku i zatoce poprzecznej posunęła się już bardzo daleko. Objaw ten występuje bardzo często w ostrych sprawach zapalnych w uchu średnim; w sprawach przewlekłych w szczególności w ropnicy usznej niema go częstokroć wcale, i na braku objawu tego nie można opierać przeciwwskazania do zabiegu operacyjnego.

P r z y p a d e k 2-gi. J. G., lat 21, średniego wzrostu, dobrze zbudowany i odżywiony. W narządach wewnętrznych zmian niema. G. przyjęty został na oddział dnia 13. II. 1906 r. Lewy zewnętrzny przewód słuchowy prawie całkowicie wypełniony miękkimi granulacjami, lekko krwawiąciami przy oczyszczaniu ich z ropy. Lewy bębenek uszny całkowicie zniszczony, w pozostałym braku widać sterzącą rękojeść młotka. Śluzówka jamy bębnekowej czerwona, obrzmiała, miejscami pokryta granulacjami. Prawdopodobne oparzenie zewnętrznego przewodu usznego jakimś płynem żrącym [kwas, ług?].

Bez względu na wypełnianie przewodu zewnętrznego gazą jodoformową, nastąpiło w ciągu dwu tygodni zupełne zarosnięcie lewego przewodu usznego w części chrzęstnej zapomocą tkanki granulacyjnej; pozostał zaledwie maleńki otwór, z którego obficie sączyła się lekko cuchnąca ropa.

W tym stanie chory pozostawał do dnia 25. III., to jest w ciągu miesiąca. Na operację chory zgodzić się nie chciał.

25. III. wieczorem wystąpiła nagle gorączka [39,6°]. Jednocześnie lewy wyrostek sutkowy stał się bolesnym na ucisk na całej przestrzeni, szczególnie u wierzchołka; małeńki otwór, jaki pozostał w wewnętrznym przewodzie słuchowym, zarósł; słowem wystąpiły objawy zatrzymania się ropy w jamach ucha średniego i w komórkach wyrostka sutkowego.

Dnia następnego ciepłota 38,2°—39,0°, tętno 110. Bolesność wyrostka jeszcze bardziej się wzmogła, zjawił się silny ból głowy.

27. III. Trepanacja lewego wyrostka sutkowego. Cięcie skórne półksiężycowe, poczynające się powyżej przyczepu mięśnia skroniowego, zakończone na 2 ctm. niżej wierzchołka wyrostka. Okostna zgrubiała i silnie przyrośnięta do kości. *Corticalis* skostniała [sklerotyczna], miejscami jednak uległa rozmięknieniu. W niektórych komórkach wyrostka ropa i granulacye. Wierzchołek wyrostka sutkowego usunąłem całkowicie. Kość, przylegająca do zatoki poprzecznej, schorzała, barwy szarawej. Zatokę poprzeczną obnażyłem na dość znacznej przestrzeni; ściany jej zmian żadnych nie wykazują; widać ruchy tętnicze i oddechowe. Średnią jamę czaszkową otworzyłem na nieznacznej przestrzeni, lecz ropnia przedoponowego nie znalazłem. Przed obnażeniem zatoki poprzecznej i otwarciem średniej jamy czaszkowej szeroko otworzyłem dłutem i ostrą łyżeczką jamę sutkową (*antrum mastoideum*) i całkowicie usunąłem tykogórną część zewnętrznego kostnego przewodu słuchowego. Granulacyjną, dość twardą i zbitą tkankę, wypełniającą zewnętrzny przewód uszny, w części chrzęstnej wyskrobałem ostrą łyżeczką i jako sączek włożyłem do otworzonego w ten sposób przewodu zewnętrznego dość szeroki metalowy wziernik uszny. Opatrunek.

Następnego dnia ciepłota zrana 38,9° — wieczorem 39,4°; tętno 100. Stan ogólny chorego polepszył się o tyle, że ból głowy zmniejszył się znacznie. Chory uskarża się jednak na znaczne osłabienie i brak apetytu.

Data	Ciepłota		Tętno
	Zrana	Wieczorem	
29. III.	38,8°	39,5°	106
30	38,0°	39,3°	112
31	39,6°	38,9°	110
1	37,5°	39,1°	110
2	39,2°	38,5°	120

Data	Ciepłota		Tętno
	Zrana	Wieczorem	
3. III.	36,3°	130	40,5°
4	39,3°	120	38,4°
5	34,7°	116	39,0°

Opatrunki zmieniane były codziennie. Rana trepanacyjna wciąż pokryta była szarawo-białym nalotem. Przy lekkim ucisku na szyję z dolnego odcinka rany ukazywała się ropa w niewielkiej ilości, pochodząca prawdopodobnie z głębokich nacieczonych warst na szyi. Szyja jednak nigdzie bolesną nie była; wzdłuż lewej żyły szyjnej wspólnej nacieczenia lub sznurkowatego zgrubienia zauważyć nie było można. W płucach wystąpiły rozlane rzeżenia, szczególnie w dolnych płatach.

Dnia 6. IV ciepłota 37,1° — 38,2°; tętno 130. Nagle dnia tego wystąpiły objawy zakrzepu w lewej zatoce jamistej (*thrombophlebitis sinus cavernosi sinistri*), a mianowicie obrzęk łącznicy (*chemosis*) i wysadzenie gałki ocznej (*exophthalmus*). Chory nawpół przytomny. Na pytania nie odpowiada wcale. Badanie oftalmoskopowe [dr. F. KELLER] zmian żadnych na dnie ocznem nie wykazuje.

Dnia 7. IV ciepłota 39,2° — 37,0°, tętno 130, nitkowate. Chory nieprzytomny. Zjawiała się żółtaczka; *exophthalmus* i *chemosis* zjawily się również na stronie prawej. Badanie oftalmoskopowe z powodu ciężkiego ogólnego stanu chorego i nader silnego obrzęku łącznicy bardzo utrudnione. Widać nieznaczne przekrwienie dna oka. Brodawki zastoinowej niema.

Dnia 8. IV ciepłota zrana 38,6° — wieczorem 36,2°; tętno 106. Żółtaczka w silnym stopniu. *Chemosis exophthalmus* lewego oka całkiem znikły. Łącznica oka lewego zaczerwieniona, lecz nie obrzęknięta. Chory przytomnie odpowiada na zadawane pytania i uskarża się na lekki ból głowy. Zmiana opatrunku. Rana trepanacyjna pokryta białawo-szarym nalotem; w dolnym kącie rany ropienie, wzmagające się przy ucisku na szyję; po usunięciu wziernika usznego z zewnętrznego przewodu słuchowego widać, że ściany przewodu pokryte są, również jak i rana trepanacyjna, białawo-szarym nalotem.

9. IV ciepłota zrana 36,2° — wieczorem 37,0°, tętno 110, nitkowane, ledwo wyczuwalne. Żółtaczką nadzwyczaj silną. *Chemosis* i *exophthalmus* tylko na stronie prawej; łąznica lewego oka zaczerwieniona w mocno-żółtem zabarwieniu, lecz nie obrzęknięta [rozmięknienie ropiaste zakrzepu w lewej zatoce jamistej?] Chory nieprzytomny.

10. IV. Stan bez zmiany. Po południu o 6-ej godz. zejście śmiertelne.

Wyciąg z protokołu sekcyjnego.

Żółtaczką. Ropne zapalenie lewego ucha średniego. Brak lewego wyrostka sutkowego po trepanacji. Średnia i tylna jamy czaszkowe otwarte; tylko górna ściana zewnętrznego przewodu słuchowego kostnego usunięta.

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

87. J. Gabryczewski. — O rumieniu paciorkowcowym i jego stosunku do płonicy.

Wraz z BESNIER'em można odróżniać rumienie płonicokształtne (*érythèmes scarlatiniformes*), rumienie płonicowate (*éryth. scarlatinoides*) i rumienie płonicowe (*éryth. scarlatineux*). Rumienie płonicokształtne są wysypkami pochodzenia niezakaźnego, niezaraźliwymi, nieraz o przebiegu przewlekłym ze wznowami. Należą tu przedewszystkiem wysypki toksyczne po chininie, rtęci, antypirynie, belladonie i t. d., podobne niekiedy bardzo do wysypki płoniczej; może im towarzyszyć gorączka i łuszczenie się naskórka; ale zwykle niema anginy. Zaliczane dawniej do tej grupy wysypki po surowicach leczniczych w błonicy np., zdają się być w większości wypadków wyrazem prawdziwego zakażenia płoniczego, nawet gdy przebiegają bez gorączki i widoczniejszej anginy [HENOCH, RITTER v. RITTERSHAIN, POSPISCHILL, SITTLER i inni]. „*Erythema desquamativum scarlatiniforme recidivans*” może mieć też pochodzenie zakaźne; brak tu anginy, malinowego języka i wymiotów; swędzenie jest mocniejsze, a łuszczenie wcześniejsze niż w płonicy.

Rumienie płonicowate, pomimo pochodzenia zakaźnego, nie są zaraźliwe. W przebiegu posocznioropnie zdarzają się takie właśnie wysypki z anginą nieżytową lub błoniastą i łuszczeniem; na szczególną wzmiankę zasługuje t. zw. płonica połogowa, odrębna postać paciorkowcowego zakażenia połogowego, odróżniana od płonicy prawdziwej tylko na podstawie mniej prawidłowego przebiegu. Wysypki płonicowate towarzyszą niekiedy anginom zwyczajnym i błoniastym, a najczęstszą ich przyczyną są zapewne

paciorkowce [HUTINEL]; to samo można przypuszczać o rumieniach płonicowatych, spostrzeganych w tyfusie brzuszny, cholery, rzeżączce, ospie, skojarzonych nieraz z anginą i łuszczeniem się [Mussy]. „Dawniejsi lekarze”, mówi FIESSINGER w swej rozprawie o rumieniach płonicowatych, „uważali te wysypki za płonicę, i może mieli słuszność. Bakteryologia przynosi nieoczekiwane stwierdzenie ich poglądów: jeden i ten sam czynnik chorobotwórczy odkryto zarówno w płonicy rzekomej [scarlatinoid], jak prawdziwej, a czynnikiem tym jest paciorkowiec... Widocznie płonica zawdzięcza swę pozorną swoistość tylko spotęgowanej jadowitości tych samych zarazków, których słabsze działanie zdradza się w rumieniach płonicowatych”. Nie bez słuszności FIESSINGER uważa za niekonsekwencyę przyznawanie paciorkowcowi w płonicy znaczenia czynnika tylko wtórnego, sprawdzającego powikłania, gdy ten sam paciorkowiec może wywoływać rumienie płonicowate; a przecież są przypadki płonicy bez wysypki, gdy rozpoznanie trzeba stawiać tylko na podstawie anginy, zapalenia nerek i t. p. objawów, uważanych powszechnie za „powikłania” paciorkowcowe. Niejednokowna jadowitość paciorkowców tłómaczy z łatwością, dlaczego płonica prawdziwa jest zaraźliwą, płonica zaś rzekoma nie. Uwzględniając wszystkie te dane, BERGE, LOERENSEN, BRUNNER, H. FISCHER, BAGINSKY, SOMMERFELD nie wahają się uznać w paciorkowcu swoistej przyczyny płonicy.

Wszystkie te rozważania nad etyologią płonicy rzekomej i prawdziwej nie dotyczą naturalnie kuru [*rubeola*] i „czwartej choroby” DUCKES'a, w których mogą się również zdarzać rumienie płonicowate. Etiologia tych chorób jest zupełnie zagadkowa.

Poważnym argumentem na korzyść paciorkowcowej etyologii płonicy są doświadczenia z podaną przez GABRYCZEWSKIEGO szczepionką z paciorkowca płoniczego; rosyjscy lekarze poddawali takim szczepieniom setki dzieci w różnym wieku. Otóż LANGOWOJ w 13,3% swoich 120 przypadków spostrzegł rozlany rumień zwykle w 24 godziny po pierwszym zastrzyknięciu, rzadziej po drugim lub trzecim; wysypka ta, mocno czerwona, drobne nakrapiania, miała wygląd tak charakterystyczny, że z początku można się było obawiać prawdziwej płonicy; raz jeden spostrzegano małe, białe pęcherzyki jak w *scarlatina miliaris*; wszystkie te wysypki znikwały zwykle po 1—3 dniach bez wyraźnego łuszczenia się. W dwu przypadkach ukazała się przy miejscu wstrzyknięcia mocno krwotoczna wysypka. W niektórych przypadkach spostrzegano mniej lub więcej wyraźną anginę i niewielkie podrażnienie śluzówki ustnej. Jedno dziecko dostawało kilkakrotnie wymiotów w 2—3 godziny po drugim i trzecim zastrzyknięciu, na 16 godzin przed ukazaniem się wysypki.—NIKITIN w 17,3% obserwowanych starannie 248-u przypadków widział nakrapianą, rozpostartą po całym ciele wysypkę, niekiedy z wymiotami, anginą, malinowym językiem, w 18 przypadkach z łuszczeniem i w paru przypadkach spostrzegano pęcherzyki prosówkowate. Wysypki te ukazywały się przeważnie po pierwszym zastrzyknięciu, 6 razy tylko po drugim i 3 razy po trzecim, zawsze słabiej niż po pierwszym. W 7-u przypadkach zauważano pewien obrzęk gruczołów limfatycznych. Bardzo często widziano zapalenie naczyń limfatycznych, ciągnących się od miejsca iniekcji do najbliższych gruczołów. W 10-u przypadkach stwierdzono białkomocz, znikający po 24-ch godzinach; w jednym przydadku rozwinęło się ostre zapalenie nerek w dwa tygodnie po iniekcji.—MARKUSON na 150 przypadków widział podobną do płonicowej wysypkę 10 razy, w tej liczbie 3 razy z anginą; DREYLING na 104 wysypki 4 razy; DOBROWOLSKAJA na 91 przypadków dwa razy. ABAPOZOW na 100 przypadków widział rozlany rumień 42 razy; trzeba jednak zaznaczyć, że autor ten poddawał szczepieniom

dzieci chore na błonicę, u których wysypki podobne do płoniczych zdarzają się dość często i bez szczepień, jak stwierdził ZŁATOGOROW; że bądź co bądź szczepienia miały tu swój udział, widać stąd, że w 6-iu przypadkach z podanej liczby wysypka ukazała się nie tylko po pierwszej, ale i drugiej iniekcji, a w 1-yim przypadku po pierwszej, drugiej i trzeciej.

Jak widzimy, szczepionka z paciorkowca płoniczego wywołuje objawy, niezmiernie przypominające błonicę. Różnice pomiędzy błonicą szczepionkową a prawdziwą są następujące: 1) gorączka, wysypka, angina, wymioty i t. d. ukazują się już w ciągu pierwszych dwu dni po zastrzyknięciu; 2) wysypka ogólna jest słabsza, łuszczenie rzadsze i zwykle otrębowate; 3) objawy nerkowe są rzadkie i mniej wyraźne, zwykle jako białkomocz; 4) angina jest słabsza i zwykle bez błon; 5) gorączka tylko w pojedynczych przypadkach dochodzi 39° i wyżej, a opada szybko; 6) kojarzenie i następstwo objawów nie bywa tak prawidłowe, jak w błonicy prawdziwej; 7) błonica szczepionkowa nie ma związku z epidemią błonicy prawdziwej i nie wywołuje sama takiej epidemii. — Jednak surowica po szczepieniach daje odczyn aglutynacyjny z paciorkowcem płoniczym, jak surowica po przebytej błonicy prawdziwej [ŁANGOWOJ]. Powtóre, u osób, które chorowały na błonicę prawdziwą, odczyn po szczepieniu jest wogóle słabszy [zdradza się tylko niewielką gorączką], albo niema go wcale [ŁANGOWOJ, ABAPOŁOW, MARKUSON, NIKITIN]. Szczepienia w 3-im, 6-yim tygodniu błonicy prawdziwej mogą dawać odczyn z typowym rumieniem [AKOPOW, MOŁODIENKOW], co jednak nie jest rzeczą dziwną, skoro w tym samym okresie daje nieraz [1,6—3,6%] wznowy i prawdziwa błonica [JEANSELME, JÜRGENSEN, ROGER, WYNN]. Ostatecznie nic nie przemawia za tem, aby błonica szczepionkowa różniła się w swej istocie od błonicy prawdziwej.

Dodajmy jeszcze, że szczepionki z laseczników cholery, dżumy, tyfusu brzuszego, dyzenterji i t. d. mogą wywoływać tylko pokrzywkę, rumień zwyczajny lub różowaty, ale nigdy nie wywoływały rumienia nakrapianego, a tem bardziej innych objawów błonicy szczepionkowej. Co ważniejsze, nic podobnego nie wywoływały nawet szczepionki z paciorkowców róży w 20 przypadkach ŁANGOWOJA i ZAJCEWA: była tu tylko niewielka gorączka, w jednym przypadku zaczerwienienie z ostrymi brzegami przy miejscu iniekcji i w jednym przypadku dwudniowy białkomocz. Wobec takich faktów chorobotwórcza swoistość paciorkowca płoniczego wydaje się nadzwyczaj prawdopodobną.

Streszczone tu badania uzasadniają zarówno wprowadzoną przez MOSER'a seroterapię błonicy, jak również szczepienia podane przez GABRYCZEWSKIEGO w charakterze środka, skierowanego nie tylko przeciw powikłaniom, lecz i przeciw samej istocie błonicy. O ile masowe szczepienia wykażą istotnie zabezpieczające działanie tych szczepień, będzie to ostatecznym dowodem swoistości paciorkowca płoniczego.

(Berl. klin. Woch. 1907, Nr. 18).

J. R.

Wiadomości bieżące.

— Dnia 1-go b. m. dwudziestu kilku wychowawców b. Akademii medyko-chirurgicznej Warszawskiej obchodziło 50-lecie otwarcia tej uczelni.

W zebrania wzięli udział oprócz zaproszonych: prof. BARANOWSKIEGO, który w pięknej mowie ofiarował uczestnikom napisany przezeń życiorys ukochanego ich mistrza, nieodżałowanego prof. TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO, dra KARWOWSKIEGO, naczelnego lekarza szpitala Dzieciątka Jezus; dra KAMOCKIEGO, prezesa Towarz. Lekerskiego i p. JANKOWSKIEGO, b. sekretarza kancelaryi Akademii i Szkoły Głównej, następnii lekarze: z Warszawy: drzy DOBRZYCKI, CYMERMAN, LEON GOLDSOBEŁ, MAKS. HERTZ, KUSZEL, KRYŻE, STAN. MARKIEWICZ, MICHALEWSKI, JAKÓB ROSENTHAL, SASKI, WŁAD. ŚMIECHOWSKI, SOMMER, WŁ. STANKIEWICZ, SZNABL, STROMFELD, TACZANOWSKI, USZYŃSKI i aptekarz HUBERT; BAKINOWSKI z Suwałk, BRZozowski z Łodzi, PŁUŻAŃSKI z Radomia, RESZYFF z Radzyna, STANO z Międzyrzecza, WYRZYKOWSKI i CZAPLICKI z Kielc, RYBICKI ze Skierniewic.

— Cholera w Rosyi robi szybkie postępy. W gub. Astrachańskiaj, jak pisze St. Petersburger medic. Woch, do 30-go sierpnia było 2000 zachorowań i więcej niż 1000 zejść śmiertelnych. Do tego czasu w gub. Samarskiej było 446 zachorowań z 50% śmiertelności. Towarzystwo naftowe Nobla powołało prof. ZABOZOTNEGO, który dokonał 4000 szczepień ochronnych przeciwko cholercze.

— Napływ studentów na wydział lekarski do uniwersytetów rosyjskich jest niebywale wielki. W Uniwersytecie Dorpackim złożono 1500 podań, w Moskiewskim 2000, w Akademii wojenno-lekarskiej w Petersburgu 600.

— 17-ty Kongres włoskiego Towarzystwa internistów odbędzie się dnia 21—24 października w Palermo. Tematy główne: seroterapia i leczenie zapomocą zastrzykiwań śródżylnych; akupunktura z punktu widzenia diagnostycznego i leczniczego; neurastenia.

— Mianowani: Na miejsce prof. HIRSCH'a we Freiburgu prof. De la CAMP z Erlangen. Prof. ORTNER z Wiednia profesorem medycyny wewnętrznej i dyrektorem kliniki lekarskiej w Innsbruku.

SPROSTOWANIE. W numerze 38 Gazety na str. 913 w wierszu 12-ym zamiast: względne, ma być „względnie duże”.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowalewskiego. Warszawa. Mazowiecka 8.